

Contribution à l'Étude
des
Psychoses syphilitiques
Psychose hallucinatoire
chronique et Syphilis
THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 6 Avril 1935

POUR OBTENIR LE GRADE DE
Docteur en Médecine

PAR

Pierre ROYER

Interne des Asiles de Maréville, Diplômé d'Hygiène et de Bactériologie
Lauréat de la Faculté de Médecine

Né à Brest (Finistère), le 6 Janvier 1911

EXAMINATEURS DE LA THÈSE : { MM. SPILLMANN, professeur. *Président*
SANTENOISE, professeur
FLORENTIN, agrégé... } *Juges*
HAMEL, docteur..... }

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical

IMPRIMERIE A TOLLARD

2-4, Rue de Maréville, 2-4

NANCY-LAXOU

1935

Contribution à l'Étude
des
Psychoses syphilitiques
Psychose hallucinatoire
chronique et Syphilis
THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le 6 Avril 1935

POUR OBTENIR LE GRADE DE
Docteur en Médecine

PAR

Pierre ROYER

Interne des Asiles de Maréville, Diplômé d'Hygiène et de Bactériologie
Lauréat de la Faculté de Médecine

Né à Brest (Finistère), le 6 Janvier 1911

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :
MM. SPILLMANN, professeur. *Président*
SANTENOISE, professeur
FLORENTIN, agrégé... } *Juges*
HAMEL, docteur,..... }

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées sur les diverses parties de l'enseignement médical

IMPRIMERIE A. TOLLARD

2-4, Rue de Maréville, 2-4

NANCY-LAXOU

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. L. SPILLMANN, O $\star$, I $\star$.

Professeurs honoraires : MM. NICOLAS, $\star$, I $\star$; WEISS, O $\star$, I $\star$;
BOUIN, O $\star$, I $\star$; ANCEL, $\star$, I $\star$; GARNIER, $\star$, I $\star$;
MACÉ, $\star$, I $\star$; P. PARISOT, O $\star$, I $\star$; DUFOUR, $\star$, I $\star$; G. THIRY, $\star$, I $\star$.

Professeurs :

Anatomie pathologique	M. L. HOCHÉ, O $\star$, I $\star$.
Clinique médicale	M. G. ÉTIENNE, O $\star$, I $\star$.
Clinique des malad. syphilit. et cutanées	M. L. SPILLMANN, O $\star$, I $\star$.
Cliniq. de chir. infantile et d'orthopédie	M. FRÉLICH, $\star$, I $\star$.
Physiologie	M. M. LAMBERT, $\star$, I $\star$.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. A. FRUHHINSHOLZ, O $\star$, I $\star$.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES, $\star$, I $\star$.
Clinique de chirurgie urinaire	M. P. ANDRÉ, $\star$, I $\star$.
Histologie	M. R. COLLIN, $\star$, I $\star$.
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, $\star$, I $\star$.
Clinique chirurgicale	M. G. MICHEL, $\star$, I $\star$.
Clinique médicale	M. L. RICHON, $\star$, I $\star$.
Chimie médicale	M. H. ROBERT, $\star$, I $\star$.
Thérapeutique	M. M. PERRIN, $\star$, I $\star$.
Hygiène et médecine préventive	M. J. PARISOT, C $\star$, I $\star$.
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, $\star$, I $\star$.
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, $\star$, I $\star$.
Hydrologie	M. SANTENOISE, $\star$, A $\star$, $\star$.
Clinique des maladies des enfants	M. L. CAUSSADE, $\star$, I $\star$.
Bactériologie	M. DE LAVERGNE, $\star$, I $\star$.
Professeurs sans chaire	M. L. JOB, $\star$, I $\star$; M. WATRIN, $\star$, I $\star$;

Chargés de cours complémentaires :

Clinique des maladies tuberculeuses ..	M. M. PERRIN, $\star$, I $\star$, professeur.
Pathologie générale	M. P. SIMONIN, A $\star$, agrégé.
Clinique gynécologique	M. P. SIMONIN, A $\star$, agrégé.
Pathologie externe	M. A. BINET, $\star$, I $\star$, agrégé libre.
Clinique des maladies contagieuses	M. GUILLEMIN, A $\star$, agrégé.
Propédeutique dermatologique	M. DE LAVERGNE, $\star$, I $\star$, professeur.
Médecine opératoire	M. WATRIN, $\star$, I $\star$, prof. sans chaire.
Electrothérapie et radiologie	M. M. BARTHÉLEMY, $\star$, I $\star$, agr. libre.
Accouchements (cours théorique)	M. G. LAMY, $\star$, I $\star$, ch. du c. ag. lib.
Obstétrique	M. JOB, $\star$, I $\star$, prof. sans chaire.
Clinique propédeutique médicale	M. VERMELIN, $\star$, A $\star$, agrégé.
Anatomie et Médecine légale	M. DROUET, A $\star$, agrégé.
Pathologie interne	M. MUTEL, $\star$, I $\star$, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. ABEL, $\star$, I $\star$, agrégé.
Éducation physique (I)	M. HAMEL, $\star$, docteur.
Physiologie du travail	M. L. MERKLEN, A $\star$, agrégé.
Clinique neurologique (I)	M. L. MERKLEN, A $\star$, agrégé.
Propédeutique O.-R.-L. (I)	M. MICHON, docteur.
Parasitologie	M. AUBRIOT, docteur.
	M. DOMBRAY, docteur.

Agrégés en exercice :

MM. MERKLEN, A $\star$.
FLORENTIN.
BODART.
CHALNOT.
WOLFF.

MM. POURSINES.
MELNOTTE, O $\star$.
MUTEL, $\star$, I $\star$.
VERMELIN, $\star$, A $\star$.

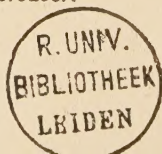
MM. GUILLEMIN, A $\star$.
ABEL, $\star$, A $\star$.
DROUET, A $\star$.
SIMONIN, A $\star$.

Agrégés libres :

MM. G. GROSS, $\star$, I $\star$; S. RÉMY, I $\star$; BUSQUET, I $\star$.
M. FAIRISSE, I $\star$; BINET, $\star$, I $\star$; BARTHÉLEMY, $\star$, I $\star$; LAMY, $\star$, I $\star$;
M. E. TRIBOLET, I $\star$, Secrétaire.

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A MON PERE

A MA MERE

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE

Monsieur le PROFESSEUR L. SPILLMANN,

*Doyen de la Faculté de Médecine,
Professeur de Clinique des Maladies Syphilitiques et Cutanées
Officier de la Légion d'Honneur.*

A MES JUGES

Monsieur le PROFESSEUR SANTENOISE,

*Professeur d'Hydrologie et de Climatologie
Inspecteur Général des Services administratifs du Ministère de l'Intérieur
Chevalier de la Légion d'Honneur
Médaille Militaire.*

Monsieur le PROFESSEUR AGRÉGÉ FLORENTIN,

*Professeur Agrégé d'Histologie
Docteur ès-Sciences.*

Monsieur le DOCTEUR HAMEL,

*Chargé de Cours de la Clinique des Maladies Mentales
Médecin des Asiles.
Chevalier de la Légion d'Honneur.*

A MES MAITRES
DE LA FACULTE, DES HOPITAUX
ET DE L'ASILE DE MAREVILLE

Avant-Propos

Une des questions les plus débattues de la psychiâtrie, et qui se pose à nouveau chaque jour, sans être encore résolue d'une façon concluante, est la question des troubles psychiques d'origine syphilitique, en dehors de ceux qu'il est habituel de trouver dans les psychoses produites par processus méningo-syphilitiques, qu'elles soient d'origine héréditaire ou acquise.

Avant déjà que la physionomie spécifique de la paralysie générale ait été fixée, de nombreux auteurs avaient présumé que la syphilis est susceptible de provoquer certains troubles psychiques. Et, depuis, on a vu reparaître, à maintes reprises, l'hypothèse qu'il peut y avoir connexité entre la syphilis et certaines formes de maladies mentales.

Notre travail veut être avant tout une contribution à l'étude des psychoses syphilitiques.

Nous avons limité notre étude à l'examen des rapports entre les syndromes hallucinatoires et la syphilis, parce que l'hallucination est, en pathologie mentale, un phénomène capital, par sa fréquence, et par l'impression qu'elle donne d'être un symptôme basal, essentiel.

Parmi les syndromes hallucinatoires, ceux qui, par leur persistance, déterminent une affection chronique ont davantage retenu notre attention: ce sont les affections que G. BALLET a réunies sous le nom de psychoses hallucinatoires chroniques : Démence paranoïde et délire systématisé hallucinatoire. Alors que les syndromes hallucinatoires passagers de la période second-tertiaire sont aisément rapportés à leur véritable cause, l'infection syphilitique, au contraire la psychose hallucinatoire chronique, considérée naguère comme le type de l'affection constitutionnelle, laisse rarement et difficilement percevoir son origine organique.

C'est cette origine que nous nous sommes efforcés de pénétrer, en partant des cas où la syphilis, certaine, s'accompagnait d'un Wassermann positif dans le sang.

Car, bien entendu, notre intention n'est pas de soulever l'hypothèse absurde de l'origine syphilitique de la psychose hallucinatoire chronique en général, mais seulement de démontrer que l'infection tréponémique est un des facteurs étiologiques (et sans doute non des moindres) parmi ceux que l'on doit invoquer à l'origine de cette psychose.

Nous ne voudrions pas non plus laisser croire que nous supposons un lien pathogénique direct, immédiat, entre les lésions syphilitiques encéphaliques et le phénomène hallucinatoire. Sans nous arrêter à des considérations hors de propos sur les diverses théories de l'hallucination, nous pensons devoir rappeler qu'en aucun cas, une lésion destructive (cela même reste très douteux s'il s'agit d'un stade irritatif) n'est capable de donner naissance à une manifestation positive comme l'hallucination. Il y faut une série

de phénomènes médiats, dynamiques, dont la physiologie entrevoit nettement dès maintenant la nature, et dont l'aboutissant psychologique consiste dans la non-intégration de la production idéique à la conscience personnelle

Diffuses ou localisées, les altérations cérébrales n'en conservent pas moins leur action, qui est bien celle du « primum movens ». Que cette localisation ne soit pas indifférente, il est aisé de le comprendre. De même qu'une lésion thalamo-pariétale explique des troubles du schéma corporel (VAN BOGAERT) et l'anosognosie (BABINSKI), de même une altération plus ou moins complexe avec participation des circonvolutions temporales, peut, sans doute, être invoquée lorsqu'il s'agit d'hallucinations auditives verbales. Mais telle n'est pas la direction de notre recherche.

De même, nous éviterons d'aborder de face le problème des relations de l'hérédosyphilis et des psychoses hallucinatoires. Ce sujet, rendu délicat par l'incertitude des résultats des examens biologiques, a d'ailleurs fait l'objet d'études fort complètes de la part de M. le Docteur J. HAMEL, médecin-chef de service à l'Asile d'Aliénés de Maréville, chargé du Laboratoire d'Analyses.

C'est d'ailleurs à notre maître, le Docteur J. HAMEL, que revient l'idée et le mérite de cette thèse. Qu'il nous soit permis de lui dire toute notre reconnaissance et notre profonde gratitude pour les conseils éclairés qu'il nous a prodigués, avec tant de bienveillance, au cours de l'élaboration de ce travail.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

CHAPITRE PREMIER

**Etude documentaire
des Psychoses syphilitiques**

Etude documentaire des Psychoses syphilitiques

Le premier en date des ouvrages traitant de cette vaste question fut écrit, en 1532, par Nicolas MASSA... Deux siècles se passèrent avant que l'on vit de nouveau attribuer un rôle à la syphilis dans la genèse des maladies mentales. En 1740 ASTRUC, en 1777 SANCHEZ, en 1802 Benjamin BELL, puis GEORGET, traitèrent « de la manie syphilitique ».

ESQUIROL, dans l'ouvrage capital sur les maladies mentales qu'il fit paraître en 1838, décrivit des troubles aigus reconnaissant souvent la syphilis comme cause déterminante, sous le nom générique de « Démence aiguë ».

FOURNIER semblait d'ailleurs avoir déjà constaté l'existence de pareils troubles d'origine syphilitique. Il mentionnait, entre autres, un groupe de psychoses luétiques qu'il proposait d'appeler la « folie syphilitique véritable ». Il regrettait que ces phénomènes morbides, sans doute assez répandus, n'aient pas suscité de la part de savants tout l'intérêt qu'ils méritent et il les rangeait dans « un chapitre nouveau de la pathologie syphilitique digne de la plus grande attention ».

Puis parurent les travaux de JESSEN et ESMARCK (1857), de MEYER (1861), de LUDERSDORFF (1864), de MENDEL (1868), d'ERLENMEYER (1870), de RUMPF (1887) et, plus tard, de MEYNERT, de OPPENHEIM et de NONNE.

Et il fallut aller jusqu'en 1894 pour trouver un travail d'ensemble sur la question : nous voulons parler de la thèse d'HAGELSTEIN, faite à Nancy, sous l'inspiration de M. le professeur Paul SPILLMANN.

Quelques années plus tard, en 1899, une autre thèse, celle du docteur G. JACQUIN, inspirée par le Professeur PIERRET, de Lyon, étudiait les manifestations psychiques de la syphilis à la période secondaire, tandis qu'à l'étranger KLEIN décrivait une forme paranoïde avec excitation violente, et KRAUSE une forme avec dépression.

En 1903, Henri MARCUS consacre un mémoire en suédois à l'étude des psychoses syphilitiques aiguës et, dès 1905, Gaëtano ANGIOLELLO et Raffaële GALDI estiment que « si l'on ne peut faire des psychoses de la syphilis une entité clinique autonome, on doit cependant reconnaître que l'infection tréponémique peut réaliser toutes les formes de passage entre les troubles mentaux banals et les formes les plus authentiques de paralysie générale, qu'ils simulent parfois. »

Dans le même ordre d'idées, L. MARCHAND admet que la syphilis peut, chez des sujets prédisposés, déterminer l'apparition de psychoses d'un type particulier.

FINCKH, au Congrès des Naturalistes et Médecins Allemands du 21 septembre 1906, pose la question de savoir si ces troubles psychiques signalés dans la syphilis dépendent bien de l'infection tréponémique, et il étudie les divers complexes rencontrés dans les psychoses luétiques.

En 1907 BUTTINO, en 1908 D. CAPUCCIO, en 1909 RUBENOWITCH et LEVADITI impriment aussi leur nom en tête de travaux intéressants sur la question. Mais ce n'est

qu'en 1910, avec KRAEPELIN, que s'ouvre l'ère des études fécondes sur la syphilis mentale.

Les auteurs, dès lors, se montrent moins réservés avant d'attribuer à la syphilis les psychoses apparues chez les syphilitiques.

KRAEPELIN étudie les divers tableaux psychiques réalisés par la syphilis au cours de son évolution: neurasthénie du début ou des premières périodes de l'infection — pseudo paralysies syphilitiques — psychoses de KORSAKOFF — formes paranoïdes hallucinatoires. Gilbert BALLET décrit, un an après, les accès de mélancolie prémonitoires de la paralysie générale.

Cependant, jusqu'aux travaux de PLAUT, l'opinion générale était surtout d'une coïncidence de deux processus indépendants, syphilis et psychose. La connaissance, comme affection luétique, de la démence paralytique, avec ses formes variables, incline désormais à penser qu'il est probable que le virus de la syphilis soit capable de produire des syndromes mentaux divers.

PLAUT, en 1913 — se basant sur des essais de laboratoire — distingue des formes aiguës curables et des formes chroniques à évolution tardive. WIMMER, en 1918, discute ses idées et n'admet l'origine syphilitique probable que pour les troubles psychiques appartenant au cadre des états crépusculaires.

Peu après, les « Psychoses tabétiques » font l'objet de recherches de MEYER et de CASSIRER, puis de BRODNIOWICZ, TRUELLE, etc... Plus tard, URECHIA, après SIOLI, S. CHRÖDER, JACOB, en étudiera spécialement l'anatomie pathologique. Plus près de nous les travaux abondent. Citons ceux de TARGOWLA, de MERKLEN et MINVIELLE sur les débuts

confusionnels de la paralysie générale, déjà vus par KLIPPEL, RAYMOND et SÉRIEUX, RÉGIS et LALANNE, ceux de CLAUDE et DAUSSY, LEROY et MÉDAKOVITCH, MIGNOT, sur les formes hallucinatoires, etc...

LAIGNEL, LAVASTINE, BARBÉ, ROGUES DE FURSAC, BARUCK, LHERMITTE... et bien d'autres apportent leur contribution à l'étude de ces psychoses par de nombreuses communications aux diverses Sociétés françaises de Neurologie et de Psychiâtrie.

Les thèses, par contre, sont rares. Citons celles de V. PARANT fils et de nos collègues et amis de l'Asile de Maréville, les Docteurs J.-M. COURTIER et SCHOENNAGEL.

Enfin, notre maître, le Docteur J. HAMEL, médecin-chef de l'Asile départemental d'aliénés de Maréville, chargé de cours de psychiâtrie à la Faculté de Médecine de Nancy, après de longues et patientes recherches a présenté, avec Lopez ALBO, de Zaldivar, à la XXXIII^e session du Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes, à Barcelone (1929), un travail d'ensemble sur l'hérédo-syphilis, qui fait date dans l'histoire des psychoses syphilitiques.

CHAPITRE II

**Etats hallucinatoires
et Syphilis**

Le Diagnostic de « Psychose syphilitique »

Quand un cas de psychose se présente chez un syphilitique, on doit se poser les questions suivantes, et s'efforcer d'y répondre :

L'anamnèse, les signes et symptômes permettent-ils de suspecter la syphilis ?

Peut-on imputer les symptômes à une autre cause que la syphilis ?

La ponction lombaire montre-t-elle des modifications du liquide céphalo-rachidien ? La réaction de Bordet-Wassermann est-elle positive dans le sang ou le liquide céphalo-rachidien ?

Peut-on déterminer le siège et l'étendue de la lésion ?

Le résultat du traitement confirme-t-il l'hypothèse d'une étiologie spécifique ?

Pour étayer, comme il convient, le diagnostic d'une psychose syphilitique, il faut s'entourer de tous les renseignements et de tous les examens nécessaires ; mais, attendu que toutefois, le passé du malade, pas plus que les réactions ne fournissent toujours une preuve absolue permettant d'affirmer ou de nier catégoriquement le caractère syphilitique de telle ou telle psychose, il importe de chercher ailleurs des preuves supplémentaires et, en particulier, les phénomènes d'excitation ou de paralysie cérébro-spinale.

Un fait important est, certes, le résultat obtenu par le

traitement, mais il ne faut en exagérer la portée, sans, pour cela, la sous-estimer. En général, on assiste à une cessation souvent inopinée de la psychose après un traitement antisypilitique énergique. Nous aurons d'ailleurs à revenir sur ce point en fin d'étude.

Classification des Affections mentales syphilitiques

Auguste MARIE adopte, pour les psychoses syphilitiques, la classification suivante:

1° Affections mentales d'origine syphilitique (directe ou indirecte).

Psychoses constitutionnelles par infirmité mentale. *a)* Débilité mentale acquise. Psychonévroses; paranoïas de KRAEPELIN.

Psychoses endogènes. *b)* Confusion mentale et délires aigus. *c)* Paraphrénie. Psychoses paranoïdes.

Psychoses exogènes. *d)* Psychoses syphilitiques complexes. *e)* Démences tertiaires.

2° Affections mentales d'origine parasyphilitique.

Psychoses préparalytiques et folies paralytiques ou pseudo-paralytiques.

Il nous semble plus simple de distinguer, à côté des formes symptomatiques d'une atteinte encéphalique par le tréponème de SCHAUDINN, les états suivants: états neurasthéniques, psychose maniaco dépressive, états délirants, hallucinose, hétérophrénie et psychoses paranoïdes hallucinatoires, épilepsie.

Dans ce polymorphisme, ceux qui paraissent les plus fréquents, sont les états hallucinatoires. Qu'ils se produisent à l'état aigu, par crises, analogues aux explosions motrices qui accidentent l'évolution de la syphilis cérébrale, se traduisant par des attaques convulsives, ou qu'ils prennent par contre une allure chronique, lente, traînante avec des rémissions plus ou moins prolongées, ils traduisent ainsi souvent le début d'une spirochétose cérébrale dont la paralysie générale sera le tableau terminal.

La Forme hallucinatoire

Dans leur rapport au Congrès de Barcelone, J. HAMEL et Lopez ALBO concluent que « les psychoses syphilitiques se manifestent par des syndromes mentaux avec prédominance d'hallucinoses auditives, idées délirantes paraphréniques, confusion mentale, états d'angoisse sans altération spéciale de la conscience et sans issue démentielle ».

Pour ce qui est des relations entre les psychoses hallucinatoires et la syphilis, peu de choses ont été écrites. C'est seulement depuis les publications de DE CLERAMBAULT que, l'attention étant particulièrement attirée sur l'étiologie des syndromes d'automatisme mental, les auteurs ont relevé dans certains cas la coexistence d'un syndrome d'influence ou d'une psychose hallucinatoire avec une syphilis du névraxe.

Sans oser encore se prononcer, maints auteurs ont pensé à la nature spécifique des troubles mentaux présentés par leurs malades, et qu'il s'agissait de formes cliniques un peu spéciales de syphilis, de nature à éclairer un jour le mécanisme de la psychose hallucinatoire chronique. Il paraît bien, en effet, actuellement, que le syndrome d'automatisme mental, qui conditionne la psychose hallucinatoire chronique, peut être réalisé jusqu'à l'état de pureté par la syphilis.

Notre collaboration à l'étude des psychoses syphilitiques sera simple. Elle se bornera à exposer les relations qui sem-

blent exister entre certains états hallucinatoires et la syphilis.

En principe, il paraît facile d'opposer à la psychose hallucinatoire chronique — affection encore actuellement classée parmi les maladies mentales constitutionnelles — une maladie nettement organique comme la paralysie générale. Pratiquement, le diagnostic différentiel de maints états hallucinatoires chez des sujets syphilitiques, met souvent le spécialiste dans l'embarras, malgré l'appoint des ressources fournies par les divers examens neurologiques et biologiques.

Dans notre travail, nous nous proposons d'étudier d'abord les différents types de psychoses hallucinatoires qui nous paraissent liés à la syphilis.

Ils peuvent se figurer dans notre esprit par une échelle s'appuyant à la base sur la psychose hallucinatoire chronique la plus légitime pour aboutir tout en haut à la paralysie générale la plus authentique.

Les degrés sont représentés, à nos yeux, par les types suivants:

1° Psychoses hallucinatoires syphilitiques :

- a) **sans** signe d'atteinte cérébro-méningée;
- b) **avec** signes **transitoires** d'atteinte cérébro-méningée;
- c) **avec** signes **permanents** d'atteinte cérébro-méningée;

2° Formes hallucinatoires de syphilis nerveuse;

- a) syphilis nerveuse localisée;
 - b) tabès;
 - c) paralysie générale.
-

CHAPITRE III

**Les Syphilopsychoses
hallucinatoires**

A. — Psychoses hallucinatoires syphilitiques, sans signes d'atteinte cérébro méningée

Ce premier groupe correspond à la psychose hallucinatoire chronique survenant chez un syphilitique, sans qu'on puisse établir fermement des relations de cause à effet entre la syphilis et la psychose.

Syndrome mental

Cliniquement, nous observons un tableau comparable à celui que réalise la psychose hallucinatoire chronique. La base du syndrome est l'existence d'hallucinations multiples, à prédominance auditive, et d'un délire systématisé de persécution.

La syphilis semble, en certains cas, donner un cachet particulier à ces psychoses: c'est ainsi que nous avons remarqué, chez les quelques malades femmes qu'il nous a été donné d'observer à l'Asile d'aliénés de Maréville, la prédominance des hallucinations de la sphère génitale. Les idées délirantes gravitent toujours autour des questions d'ordre sexuel. (Observation I.)

Chez les aliénés hommes, nous avons également trouvé mêmes troubles sensoriels, mais plus frustes, et qu'ils n'osent avouer. Aux idées de persécution, se mêlent volontiers des idées de grandeur; et les idées de jalousie, constantes dans les quelques observations que nous joignons à

cette étude, peuvent entraîner de graves réactions anti-sociales, comme des tentatives de meurtre par exemple. (Observation III).

Quel que soit le sexe, le caractère commun est l'état de dépression psychique de ces malades, souvent ignorants de leur maladie. N'oublions pas qu'ils souffrent physiquement par leurs hallucinations auditives. Ces souffrances morales et ces peines sans nombre peuvent amener le malade à envisager, et même à tenter le suicide. L'indifférence, et même la gaieté, n'apparaîtront qu'avec l'affaiblissement intellectuel, le plus souvent tardif.

Disons enfin que le premier épisode hallucinatoire peut succéder à un état primitif maniaque ou dépressif, traduisant une disposition constitutionnelle du sujet, qui se manifestera par la suite dans le délire hallucinatoire secondaire.

Syndrome neurologique

L'examen chez ces malades est négatif. Il ne révèle rien de particulier : réflexes tendineux normaux, Babinski en flexion.

Syndrome biologique

Le sérum sanguin donne des réactions positives par les méthodes employées actuellement dans les laboratoires, pour le diagnostic de la syphilis: HECHT, CALMETTE, MAS-SOL, KAHN, JACOBSTAL, MEINICKE. La lymphocytose est normale. Il n'y a pas d'hyperalbuminose. Le Bordet-Wassermann est négatif. Le benjoin n'est pas modifié.

Syndrome anatomo pathologique

A ce point de vue, rien de précis. Jusqu'ici, les psychiatres se sont peu occupés de cette forme de psychose, ad-

mettant, pour la plupart, un simple coexistence chez un même individu, de deux affections différentes.

Pendant ces quelques années passées dans les asiles, il ne nous a été possible que dans un seul cas de pratiquer l'autopsie d'un malade (observation III) et nous soumettrons les résultats des examens microscopiques des pièces sans essayer d'en tirer des conclusions prématurées.

Pathogénie

Il semble bien que ces troubles mentaux relèvent d'une atteinte toxi-infectieuse. Nous retrouvons, en effet, dans ces formes, des symptômes communs avec les états toxi-infectieux : Céphalée nocturne, insomnie. Les reins, comme le foie, sont souvent lésés par le tréponème, d'autant plus que ces formes se révèlent quelquefois résistantes au traitement. (Observation VI; p. ex.).

Traitement

Nous verrons, à la fin de cette thèse, qu'un traitement combiné, salicylate de soude-arsenic, peut améliorer notablement cette forme, qui évolue très lentement, n'entraînant jamais un pronostic vital fâcheux.

Nous n'insisterons pas davantage sur ce type clinique, dont le diagnostic est aisé quand la ponction lombaire est venue affirmer l'intégrité du liquide céphalo rachidien, et nous nous contenterons, pour terminer, de relater quelques observations de malade parmi les plus typiques.

OBSERVATION I

(Personnelle)

W..., femme C..., entre à l'Asile le 6 mars 1933.

Antécédents héréditaires: Père mort d'une affection cardiaque à 70 ans, mère vivante et bien portante.

Antécédents collatéraux: Un frère traité pour tuberculose laryngée, un frère mort de tuberculose pulmonaire à l'hôpital Villemin, une sœur bien portante.

Antécédents personnels: Adénite tuberculeuse, salpingite.

Début des troubles mentaux: Il y a un mois, apparition d'un délire vague de persécution entretenu par des hallucinations et des illusions multiples: des gens la poursuivent, on entend tout ce qu'elle dit et tout ce qu'elle pense par microphone. Son mari va être guillotiné. Céphalées intenses, hyperthermie, vomissements.

Etat à l'entrée:

Examen mental: Bien orientée dans le temps et dans l'espace. Attention facile à attirer et à fixer. Mémoire intacte. Hallucinations multiples, surtout auditives. Délire de transformation, d'influence, de persécution et de jalousie, dépression morale, idées d'homicide et de suicide.

Examen neurologique: ne révèle aucune particularité.

Evolution: sort au bout de trois semaines, sur la demande de son mari.

Deuxième entrée le 16 septembre 1933.

Examen mental: Se présente comme une hallucinée persécutée. Les hallucinations à prédominance nocturne sont auditives, visuelles, osmatiques, gustatives, tatiles.

Hallucinations de la sphère génitale: On vient la violer chaque nuit, elle se réveille en sursaut, crie et se lève. Elle reste debout toute la nuit à guetter le retour de ses persécuteurs. Ceux-ci, au nombre de 17, viennent chez elle en taxi, commandés sans doute par son mari,

Préoccupations hypochondriaques : son mari lui a donné des boutons, elle n'est plus propre depuis ce moment. Sa « maladie » nécessite un examen gynécologique et des soins médicaux.

Très violent délire de persécution et de jalousie à l'égard de son mari. Réactions dangeureuses: Impulsions homicides et tendances au suicide.

Examen somatique toujours négatif.

Examens biologiques:

<i>Sang:</i> S. n. ch.: +++	<i>L. C. R.:</i> Wasser: —
S. ch.: + 15.	Lymph.: 0,3.
Mein: +	Alb.: 0 gr. 25.
Urée: 0 gr. 33.	Benjoin: 00000
	00000 00000

Evolution:

Traitement de novarsénobenzol, commencé le 10 octobre 1933, terminé le 18 novembre : exacerbations des troubles, grosse excitation cérébrale avec menaces et violences vis-à-vis du personnel, parmi lequel elle a découvert des persécuteurs.

Examens biologiques:

<i>Sang:</i> S. n. ch.: +++	<i>L. C. R.:</i> Wasser: —
S. ch.: + 10.	Lymph.: 0,2.
Mein: +	Alb.: 0,22.
	Benjoin: 00000
	00000 00000

Deuxième traitement de novarsénobenzol: 6 gr. 30.

Etat mental sans changement: persistance du même état hallucinatoire avec délire de persécution et d'influence: la malade est toujours sous l'empire de la suggestion; elle est dominée par un Luxembourgeois à qui elle a été traîtreusement vendue par son mari. Onirisme nocturne. Réactions de teinte mélancolique avec sentiment d'inquiétude et poussées anxieuses.

OBSERVATION II

(Personnelle)

I... Charles, 45 ans, entre à l'Asile de Maréville le 5 novembre 1928.

Antécédents héréditaires et collatéraux: R. A. S.

Antécédents personnels: aucune maladie.

Histoire de la maladie: Début des troubles il y a deux ans: le malade se sent poursuivi par divers individus; ses persécuteurs, qui le menacent et l'insultent dans la rue, viennent le retrouver chez ses employeurs; c'est pourquoi, éternel voyageur, il fuit devant eux sans arriver à tromper leur vigilance. Partout, il les retrouve sur sa route: Soissons, Paris, Rennes, Châlons... Arrêté pour vagabondage, il est interné sur le vu d'un certificat à fin d'admission mentionnant un « délire de persécution ».

Examen à l'entrée:

Etat mental: I... se montre calme, son maintien est correct mais, en fin d'examen, il devient réticent et irritable. Orientation bonne, mémoire satisfaisante: évocation facile des divers épisodes de sa vie; fonds de débilité mentale. Idées délirantes de persécution basées sur des interprétations multiples, des illusions (fausses reconnaissances) et des hallucinations. Réactions diverses: fugues, plaintes.

Examen somatique: Les réflexes patellaires sont vifs. Il existe des troubles de la sensibilité au niveau du membre supérieur droit. Les pupilles, égales, réagissent à la lumière et à l'accommodation.

Examens biologiques:

Sang: Hecht.: +++

Calmette-Massol: + 10.

Jacobsthal: +

Meiniche: +.

L. C. R.: Wasser: —

Jacobsthal: —

Lymph.: 0,2.

Alb.: 0 gr. 35.

Evolution: Mainien calme à l'Asile, délire intermittent. Le 12 septembre 1930, le malade a bénéficié d'un changement favorable au point de vue de sa mentalité et peut être rendu au milieu social.

Deuxième internement: 16 mars 1933.

Examen mental: Le malade rentre dans les mêmes conditions qu'en 1928. On le poursuit toujours; partout, il trouve la même malveillance mystérieuse et la même « entrave à son travail et à sa liberté ». Arrêté de nouveau pour vagabondage et mis en prison à Avignon le 15 décembre 1932; il est interné à l'Asile de Montdevergues et transféré quelques mois après à Maréville.

Pendant ces trois années, il ne semble pas avoir cessé d'être halluciné et en proie à des persécutions diverses et répétées: « On lui criait des injures dans les oreilles; on lui brûlait les mains et les pieds ». A l'Asile, il continue d'être halluciné: « On lui ordonne d'aller à Belfort; c'est une voix douce qu'il entend de très loin ».

Examen somatique: ne décele toujours aucun signe de spécificité nerveuse.

Examens biologiques:

Sang: S. n. ch.: +++

S. ch.: + 15.

Mein: +

L. C. R.: Wasser.: —

Lymph.: 0,2.

Alb.: 0,40.

Benjoin: 00000

00000 00000

Evolution: Malade calme s'occupant régulièrement à l'Asile. Délire continu: un mois après son internement il écrit à sa famille « qu'il y a encore du nouveau; on lui a dit à l'oreille, la nuit, qu'il était poursuivi pour avoir jeté un œuf à la figure d'un curé, pour avoir tiré un coup de fusil à un lieutenant, pendant la guerre »....

OBSERVATION III

(Personnelle)

D... Théodore entre à l'Asile de Maréville le 10 novembre 1922. Rapport médico-légal pour tentative de meurtre, concluant à l'internement.

Antécédents héréditaires: Père buveur.

Antécédents collatéraux: Frère et sœur morts en bas âge.

Antécédents personnels: Peu d'instruction. Caractère jaloux, susceptible, irritable, agressif. Surdité gauche après typhoïde à 18 ans. A fait son service militaire et la guerre; indiscipliné et déserteur, plusieurs fois condamné. Paludisme, alcool, syphilis.

Histoire de la maladie: apparition progressive d'interprétations délirantes et d'hallucinations auditives contribuant à l'élaboration d'un délire de persécution sans systématisation. Fonds de tristesse morale. Augmentation des troubles auditifs à la suite de l'absorption de fortes doses de quinine et d'un traumatisme commotionnel grave. Malaises subjectifs pénibles, céphalées. A accompli sa tentative de meurtre en état de démence (sous l'empire d'hallucinations; on se moquait de lui).

Examen mental: Comportement et maintien d'un halluciné; soliloque; converse avec ses voix, répond aux insultes qu'il entend, reste constamment seul. Dépression psychique; a fait à l'Asile plusieurs tentatives de suicide par précipitation et par pendaison. Délire de persécution très actif. Evolution chronique.

Examen somatique: sclérose pulmonaire avec emphysème, pouls lent permanent, ectasie aortique, hépatomégalie et splénomégalie. Réflexes tendineux et cutanés normaux, rigidité pupillaire.

Examens biologiques:

Sang: S. n. ch.: +++

S. ch.: + 5.

Mein: +

L. C. R.: Wasser: —

Lymph.: 0,3.

Alb.: 0,30.

Benjoin: 00000

00000 00000

✓ Décès à la suite d'une affection pulmonaire intercurrente.

Examen nécropsique (après injection intercérébrale de formol par voie trans-ethmoïdale): accolement des méninges aux circonvolutions hémisphériques au niveau de l'apex et atrophie des lobes temporaux et pariétaux.

Examen microscopique (*): Pas de lésions méningées: léger épaissement de la pie-mère, substance cérébrale sensiblement normale dans les zones frontales et occipitales. Au niveau des zones temporales, atrophie des grandes cellules pyramidales avec images de neuronophagie.

OBSERVATION IV

(in thèse SCHOENNAGEL)

B..., né en 1871.

Homme robuste, pléthorique, doué d'une activité toujours débordante. Sujet depuis l'enfance à des accidents pseudo-comitiaux se succédant à longs intervalles. Excès alcooliques et sexuels.

A 28 ans, en 1900, chancre syphilitique suivi d'accidents secondaires; plusieurs traitements de valeur inconnue appliqués dans des officines qualifiées instituts médicaux.

Au cours de la guerre, se montre exalté et manifeste des idées d'influence divine.

(*) Pratiqué par Monsieur le Professeur Agrégé P. FLORENTIN.

Premier internement en 1919, à la suite d'un état d'agitation avec idées délirantes et hallucinations. Réclamé par sa famille, le malade sort plus calme, mais garde encore des idées d'influence mystique.

En 1920, fugue à Paris avec esclandre dans un ministère, puis nouvel internement. Sortie l'année suivante.

Troisième placement le 25 janvier 1922, avec les mêmes symptômes: grande excitation physique et intellectuelle, idées d'influence, hallucinations. Evasion le 1^{er} juin 1922.

Quatrième et dernière hospitalisation le 17 décembre 1922, dans un état qui ne s'est pas modifié : agitation continue, excitation sexuelle, masturbation, propositions verbales et écrites à toutes les femmes qu'il peut approcher; idées d'invention et de réformation sociale; inspirations divines, colères, revendications grossières.

A subi plusieurs traitements arsenicaux et l'impaludation sans que l'excitation se modère, mais la réaction du B.-W. est négative dans le sang et le liquide céphalo-rachidien est complètement normal.

OBSERVATION V

(Personnelle)

P..., femme G..., 33 ans, entre, pour la première fois, le 14 août 1928, à l'Asile de Maréville à la suite de tentative de suicide et d'idées délirantes de persécution.

Antécédents héréditaires: Père interné à la suite d'une impulsion de dégénéré (tentative d'incendie). Mère normale.

Antécédents collatéraux: Trois frères et une sœur jouissant d'un bon état physique et psychique.

Antécédents personnels: Enfance normale; à noter un caractère ombrageux. Instruction primaire. Mariée en 1910,

contracte la syphilis à cette époque et subit un premier traitement. Deux enfants naissent, tous deux à sept mois de gestation, le second meurt pendant l'accouchement.

Etat à l'entrée:

Examen mental: Malade inquiète et déprimée, très réticente au premier abord. Orientation bonne. Mémoire satisfaisante. Révèle assez vite un délire systématisé très riche, entretenu par des hallucinations polysensorielles. « Deux sociétés s'occupent d'elle; l'une, alliée à son propriétaire, la persécute; l'autre, alliée à la police, la défend. » On lui tient des propos odieux par les fils électriques des lampes. On lui travaille le ventre, on la viole, on lui envoie de l'oxygène. On fait passer son âme sur une machine parlante qui en révèle les péchés.

Le diagnostic de psychose hallucinatoire chronique est posé.

Etat somatique: état physique très précaire, langue saburrale, anémie.

Evolution: A la fin du premier mois, amélioration notable de l'état physique, mais l'état mental reste stationnaire; sortie effectuée à la demande du mari, le 5 novembre 1928. La malade n'est pas guérie.

Deuxième internement le 1^{er} décembre 1928.

Etat neuro-psychique: inchangé. Voix électriques qui lui extorquent la confession, voulant lui faire dire ce qu'elle n'a pas fait, qui lui lancent des odeurs. Ses aliments sentent le pétrole...

Examens biologiques:

Sang: S. n. ch.: +++

S. ch.: + 5.

Mein: +

Jacobsthal: +

L. C. R.: Wasser.: —

Lymph.: 0,8.

Alb.: 0,45.

Benjoin: 00000

00000 00000

Evolution: Du 17 février au 18 mars, traitement au Sto-

varsol, n'amenant aucune amélioration. Malade toujours hallucinée, persécutée et crieurde.

Amélioration de l'état humoral.

Après le traitement, nouvel examen biologique:

Sang: S. n. ch.: —

S. ch.: + 5.

Mein: +

Par la suite, amélioration progressive, permettant d'envisager la sortie, en juillet 1930.

Troisième internement le 15 février 1931, après examen au poste de police, où elle venait se plaindre de nouvelles persécutions.

Examen mental: Tenue désordonnée, grosse excitation cérébrale. Son mari la trompe. Ses voisins la persécutent. Un homme lui dit: « Tu ne sortiras pas d'ici vivante ». On fait sur elle des expériences de T. S. F. Apparition d'un état dépressif.

Persistance d'un état hallucinatoire avec troubles délirants. Maintien à l'Asile nécessaire.

OBSERVATION VI

(Personnelle)

B... Giovanni-Guisepe, entre à l'Asile le 2 juin 1933.

Antécédents héréditaires et personnels: inconnus.

Etat à l'entrée:

Examen mental: Malade calme, déprimé, essayant de dissimuler les causes de sa tristesse, réticent au début. Pressé de questions, il dévoile un délire de persécution très actif, basé sur des hallucinations auditives et visuelles et sur de nombreuses interprétations.

Examen somatique: Pupilles déformées, paresseuses à la lumière. Réflexes patellaires vifs, céphalées intenses.

Examens biologiques:

Sang: S. n. ch.: +++

S. ch.: + 10.

Mein: +

L. C. R.: Wasser.: —

Lymph.: 0,2.

Alb.: 0,18.

Benjoin: 00000

00000 00000

Evolution: Traitement: Une série de cyanure de mercure et une série d'Acetylarsan. Persistance du délire et des hallucinations, syndrome dépressif avec tendances au suicide, insomnies et onirisme nocturne.

Examens biologiques après traitement:

Sang: S. n. ch.: +++

S ch.: + 15.

Mein: +

Traitement: Stovarsol et Arsaminol.

Psychose hallucinatoire d'évolution chronique avec idées délirantes de persécution et de jalousie.

Réactions sanguines irréductibles.

B. — Psychoses hallucinatoires syphilitiques, avec signes transitoires d'atteinte cérébro-méningée

Dans les divers cas que nous allons étudier maintenant, l'évolution et les symptômes permettent de mettre en question l'influence de la syphilis.

Biologiquement, nous voyons apparaître des signes — passagers il est vrai — de réaction méningée, se manifestant dans le liquide céphalo rachidien par des réactions banales, non spécifiques d'une atteinte syphilitique du névraxe.

L'étude de ces réactions permet de répartir ces cas en deux groupes.

Le premier, qui correspond à l'époque de la syphilis secondaire, ne présente que des « réactions latentes » du liquide céphalo rachidien.

Le deuxième, que l'on rencontre dans la méningite aiguë de la période tertiaire, ou lors de l'atteinte des artères cérébrales, se traduit par des « formules rachidiennes incomplètes ».

1° REACTIONS LATENTES

Syndrome mental

Comment se manifeste la syphilis secondaire, dans les perturbations psychiques qu'elle déclenche? Eliminons de suite les troubles comme la mélancolie ou l'hypocondrie, qui prennent naissance dans l'état mental du syphilité: l'infection n'intervient ici que comme source de préoccupations, et peut devenir alors le centre d'un système délirant...

On a décrit et discuté depuis longtemps des formes de mélancolies anxieuse et stuporeuse (JACQUIN, BRIDIER) et de confusion hallucinatoire, d'états maniaques ou mélancoliques avec ou sans hallucinations (ANGIOLELLA et BALDI), d'états neurasthéniques (BALLET).

Mais, comme le disait M. MARCUS, de Stockholm, en 1920, c'est la forme hallucinatoire qui est de beaucoup la plus fréquente:

Les hallucinations, d'apparition brusque « se présentent en foule; elles affectent principalement l'ouïe, mais aussi d'autres sens ». Elles s'accompagnent ou se compliquent de « manifestations inspirées par la manie de la persécution ». Cet état morbide est nettement caractérisé par l'impression d'angoisse qui obsède continuellement le malade.

On l'observe, en général, dans les trois premières années, quand le traitement antérieur a été nul ou incomplet. RÉGIS fixe le début des troubles au quarantième jour après l'accident primitif.

La psychose, d'évolution aiguë ou subaiguë, d'allure onirique, s'accompagne en général d'un état confusionnel plus ou moins marqué (WIMMER).

Syndrome neurologique

L'examen, ici encore, est négatif. BUTTINO aurait trouvé fréquemment un affaiblissement de la réaction de la pupille à la lumière, uni ou bilatéral, avec ou sans inégalité pupillaire, signe transitoire et sans valeur pronostique. Les réflexes tendineux, quelquefois exagérés, sont le plus souvent normaux. A la différence de ce qu'on observe à la période tertiaire, il y a absence de signes moteurs ou sensitifs (JACQUIN).

Syndrome biologique

Les études systématiques entreprises à l'aide de la ponction lombaire ont montré que les réactions méningées sont d'une extrême fréquence au début de la syphilis. Suivant Orestes ROSETTO, on trouve des traces de l'infection du liquide céphalo rachidien — sans qu'on puisse préciser l'origine spécifique — à partir des premières semaines après le chancre. RAVAUT les décèle dans 68 % des cas de syphilis secondaire; certains auteurs étrangers donnent même dans leurs statistiques des chiffres de 100 %, affirmant qu' « il n'existe aucun syphilitique qui ne présente des signes méningés ».

En général, il y a leucocytose (10 à 20 éléments) ou légère hyperalbuminose (0 gr. 50). Les réactions du Bordet-Wassermann et de floculation du benjoin sont négatives.

Les modifications humorales apparaissent par poussées et disparaissent spontanément ou sous l'action du traitement.

Syndrome anatomo-pathologique

Nous n'avons pas eu à observer personnellement de cas de malades morts à cette période de la syphilis et présentant un syndrome hallucinatoire. D'aucuns ont noté des aspects d'encéphalite aiguë banale avec congestion des méninges.

Pathogénie

Pour RÉGIS, c'est à la suite d'une atteinte hépato-rénale par un processus toxi-infectieux qu'apparaissent ces syndromes hallucinatoires de la période secondaire de la syphilis, qu'ANGIOLELLA et GALDI comparent aux psychoses d'intoxication et MARCUS aux délires fébriles.

« La syphilis n'agit pas par des lésions spécifiques, mais en tant qu'infection généralisée, comme le fait dans quelques cas la tuberculose, la sclérose en plaques, la variole, la trypanosomiase ou l'encéphalite épidémique. Toutefois, elle détermine déjà dans le liquide céphalo rachidien des modifications humorales qui vont persister un temps et constituer par la suite une véritable cicatrice. »

Les altérations nous permettent de penser que les phénomènes psychiques doivent se rattacher plutôt — comme le pense KLIPPEL — à une poussée d'encéphalite. Plus tard pourra, sans doute, agir en plus l'auto-intoxication d'origine rénale, certaine chez les vieux syphilitiques, comme nous avons pu le constater, avec notre maître le Docteur E. AUBRY.

Le **traitement** agit d'autant mieux qu'il est institué plus précocement. Il provoque l'atténuation rapide des signes biologiques et la régression des troubles mentaux. Il nous paraît superflu d'insister ici, sur l'importance de la ponction lombaire, au cours de la période secondaire de la syphilis. C'est d'après l'examen biologique du liquide cérébro-méningé que doivent s'établir les directives du traitement.

Nous finirons cet exposé en rapportant quelques observations:

OBSERVATION VII

(in thèse HAGELSTEIN)

H... I..., 46 ans, entre en août 1892 dans le service du Professeur SPILLMANN.

A. H. — Grand'tante atteinte de paralysie agitante.

A. P. — Migraines depuis l'âge de 12 ans, réglée à 12 ans, mariée à 36 ans. Syphilis en 1886, chancre. Roséole et syphilides. La malade n'a suivi de traitement spécifique que pendant quatre mois et depuis, malgré les conseils de son médecin, n'a eu aucun traitement.

Histoire de la maladie: En 1889 (trois ans après l'infection spécifique), elle prétend qu'elle a entendu chez une voisine un bruit de chaîons. Hallucination à début brusque sans cause connue. Elle a supposé que cette voisine était garrottée par un individu. Elle aurait entendu cette femme dire à sa petite fille: « Ne touche pas ces chaînes, parce que ce sont les chaînes avec lesquelles ton père me lie la nuit ».

Depuis, nuit et jour, la voisine la poursuit de ses menaces... Hallucinations de l'ouïe, entend des menaces, surtout de ses voisins. Hallucinations visuelles; cette femme lui montre la nuit des fantômes, des diables avec des cordes. Hallucinations de la sensibilité générale: cette femme lui met sur les jambes et sur les pieds des objets qui la brûlent comme des fers rouges, etc...

Un jour, elle a vu une quarantaine de voleurs qui s'introduisirent chez elle avec le mari de la voisine, mirent le feu aux rideaux et au lit. Elle voit emporter la pendule et les montres. Elle entend des menaces continuelles d'empoisonnement; on a essayé de l'empoisonner avec du soufre. Elle a senti dans la bouche un goût de soufre, intense.

Etat actuel: pas de trace d'éruption sur le corps. Souffre d'insomnies, troubles de la mémoire, ne se rappelle plus avoir eu la syphilis. Parole lente, pas de troubles de la sensibilité.

Depuis qu'elle suit le traitement, présente une amélioration notable et, au bout de quelques semaines, peut sortir de l'hôpital très améliorée.

Actuellement, 20 mai 1894, depuis deux ans les phénomènes d'aliénation mentale n'ont plus reparu. Intelligence nette,

OBSERVATION VIII

(in thèse HILDENBRAND)

X..., fille publique, entre à Stephansfeld le 24 décembre 1858. Syphilis de date inconnue. A l'entrée, éruption spécifique sur tout le corps. Céphalée, insomnie. Agitation, pleurs, gémissements, état de prostration extrême. Hallucination de l'ouïe: entend la voix de Dieu.

Traitement: amélioration le 5 février 1859. Sommeil revenu. Le 11 février, état mental amélioré, la malade sort guérie.

OBSERVATION IX

(in thèse HAGELSTEIN)

N..., 22 ans. Sa mère est une nerveuse; lui-même est nerveux et a eu des convulsions. Chancre syphilitique du fourreau, 5 mai 1894. Adénopathie bi-inguinale. A la fin du mois de juin, est pris d'une fièvre continue avec exacerbations vespérales. 40°. Cet état dure huit jours. La fièvre tombe un peu, mais a persisté pendant plus de quinze jours.

Pendant les huit premiers jours, délire intense, surtout nocturne, avec hallucinations de la vue et de l'ouïe. Délire professionnel.

Le délire et la fièvre cèdent rapidement au traitement mercuriel.

OBSERVATION X

(Personnelle)

B..., femme R..., entre à l'Asile de Maréville le 29 mai 1934.

Antécédents héréditaires: Parents décédés.

Antécédents collatéraux: Aucun renseignement; famille résidant à l'étranger.

Antécédents personnels: Régée à 15 ans, a eu sept enfants; un enfant est mort à la naissance, un autre à six mois, de convulsions; fièvre typhoïde à 25 ans, sciatique à 29 ans; depuis un an, la malade se plaint de céphalées. Pas d'éthylisme.

Histoire de la maladie: Jusqu'en 1932, caractère normal plutôt gai. La malade s'occupait chez elle de son ménage et de confection. Depuis 1932, le caractère devient triste, inquiet; elle craint qu'il arrive malheur à sa famille.

Etat à l'entrée:

✓ *Examen mental:* La malade a un aspect craintif, apeuré. Bonne orientation dans le temps et dans l'espace. Mémoire assez satisfaisante. Attention troublée par des hallucinations auditives (elle entend des gens, des voisins, qui disent qu'ils vont la tuer) et visuelles (elle voit au plafond le Bon Dieu qui lui parle). Dépression morale avec poussées d'anxiété.

Examen somatique: Nombreuses cicatrices au sein gauche, à la cuisse droite; fracture ancienne du nez; réflexes tendineux vifs aux membres inférieurs. Babinski indifférent.

Examens biologiques:

Sang: S. n. ch.: +++

S. ch.: + 15.

Mein: +

L. C. R.: Wasser.: —

Lymph.: 0,2.

Alb.: 0,25.

Benjoin: 00000

00000 00000

Evolution: Madame R... retrouve promptement son calme à l'Asile, les hallucinations semblent s'atténuer: au bout de trois semaines, le délire a complètement disparu et comme la malade refuse de suivre un traitement à l'Asile, son mari la retire le 29 juin. La bouffée n'a pas duré un mois.

Deuxième internement le 29 novembre 1934.

Etat à l'entrée:

Examen mental: Désorientation dans le temps et dans l'espace; attention diffuse, mémoire infidèle. Confusion mentale avec hallucinations multiples, délire de persécution mal systématisé.

Examen somatique: Impraticable, tant la malade est effrayée et indocile.

Examens biologiques:

Sang: S. n. ch.: + + +

S. ch.: + 15

Mein.: +

L. C. R.: Wasser.: —

Lymph.: 0,3.

Alb.: 0,25

Benjoin: 00000

00000 00000

Evolution: Après quinze jours de traitement (arsaminol), la lucidité revient; la malade se rend compte de la nature morbide des troubles qu'elle a présentés. Dès le 20 décembre, elle manifeste le désir de sortir. A la fin du mois, l'amélioration est complète et la malade peut quitter l'Asile.

2° REACTIONS INCOMPLETES

Envisageons maintenant les psychoses hallucinatoires à réactions céphalo-rachidiennes incomplètes.

Syndrome mental

Cliniquement, ces affections syphilitiques, qui lèchent les méninges ou touchent les artères cérébrales, prennent une allure ou subaiguë, ou cataclysmique quelquefois, comme dans les ictus. Les signes mentaux passent souvent au second plan, laissant la première place aux troubles nerveux. Au point de vue psychique, on assiste à l'apparition le plus souvent brutale d'un épisode délirant, avec hallucinations multiples, agitation, obnubilation intellectuelle, réactions antisociales, tentatives de suicide ou d'homicide.

Syndrome neurologique

Nous le voyons apparaître ici pour la première fois. Les signes nerveux comprennent, en dehors de la céphalée,

symptôme banal et des troubles pupillaires, des paralysies oculaires passagères, des paralysies des membres, de l'aphasie transitoire, des crises d'épilepsie.

Syndrome humoral

Les formules habituellement rencontrées sont incomplètes et dissociées. Tantôt forte réaction cellulaire, grosse hyperalbuminose avec B.-W. positif léger ou même négatif. Quelquefois B.-W. positif sans hyperleucocytose (rare). Plutôt B.-W. négatif avec ou sans réactions cytologiques et cliniques. Insistons sur le fait qu'en certain cas (syphilis artérielle par exemple), le liquide céphalo-rachidien peut être tout à fait normal.

Syndrome anatomo-pathologique

Dans ces formes hallucinatoires aiguës ou subaiguës nous pouvons distinguer deux aspects:

1° **La méningite aiguë syphilitique.** Nous la trouvons rarement à la nécropsie de nos hallucinés, en raison de la curabilité habituelle du processus méningé. On constate seulement un état congestif de la pie-mère et de l'arachnoïde; c'est une lepto-méningite avec aspect dépoli de la séreuse;

2° **L'artérite cérébrale.** La syphilis qui aime les vaisseaux, en particulier les artères cérébrales, les rend opaques, jaunâtres, lésés dans l'endartère, épaissis et infiltrés de cellules rondes.

Traitement

Bien conduit, il améliore les accidents de l'artérite syphi-

litique, mais il est souvent inutile dans bien des cas de méningites syphilitiques aiguës, qui guérissent d'elles-mêmes.

Ces troubles mentaux de caractère passager, ne motivent pas, en général, l'internement, d'où leur rareté à l'Asile.

En voici cependant quelques observations:

OBSERVATION XI

(in thèse V. PARANT)

(Résumé)

N... peut être rendu à sa famille trois mois après un internement qui eut lieu à la suite d'un ictus avec accès *d'agitation hallucinatoire*, tentative de suicide.

Le malade avait présenté un état d'obnubilation qui disparut peu à peu. L'amélioration psychique, d'abord partielle, devient, l'année suivante, complète. Il se met à la tête d'une petite industrie, fait lui-même sa correspondance et sa comptabilité, se montre actif et travailleur. Il a pleine conscience de la gravité des troubles qu'il a présentés.

OBSERVATION XII

(D'après J. LHERMITTE et Mlle G. LÉVY)

(Résumé)

Il s'agit d'un malade qui, à la suite d'un ictus, est atteint d'hémiplégie avec troubles de la sensibilité et mouvements

involontaires. Il présente un état d'hallucinose à caractère effrayant. Vraisemblablement thrombose partielle par artérite spécifique. (Absence de cardiopathie; deux ictus à un an d'intervalle; efficacité du traitement.)

Remarque: Les auteurs estiment qu'il existe réellement un lien de causalité entre la lésion encéphalique et l'éclosion de l'état hallucinatoire.

OBSERVATION XIII

(Personnelle)

L... Emile-Julien, 58 ans, entre à l'Asile le 6 avril 1927, pour « hallucinations visuelles et auditives, fugue et tendance au suicide ».

Antécédents héréditaires et collatéraux: Rien à signaler.

Antécédents personnels: tempérament nerveux, non buveur. Depuis six mois, céphalées et vertiges. Interné un mois à l'Asile de Fains, sorti après amélioration; présente depuis lors des hallucinations multiples et des accès d'irritabilité avec réactions violentes.

Examen à l'entrée: Inertie mentale avec passivité, désorientation, idées délirantes d'autoaccusation, hallucinations auditives frustes: écoute des voix qui chuchotent à son oreille. Idées de persécution mal systématisées. Ecasie aortique. Hémiparésie gauche avec troubles profonds de la sensibilité.

Signes biologiques de spécificité cérébrale :

Sang: S. n. ch.: +++

L.C.R. Wasser + + + + +

S. ch.: + 5.

Jacobsthal: —

Mein: +

Lymph.: 10.

Alb.: 0,35.

Evolution : Disparition des phénomènes psychosensoriels, puis des idées délirantes après traitement antisiphilitique. Guérison sociale complète. Sortie.

OBSERVATION XIV

(in ABLECOFF, *Neurolog. Centralbl.*, XV, 1896)

X..., 21 ans, pas de tare héréditaire, pas de cause prédisposante, ni dans ses conditions sociales, ni dans sa profession.

Etat mental caractérisé par de la dépression de l'affaiblissement des facultés psychiques, des hallucinations de la vue, des hallucinations de l'ouïe, bientôt suivies d'excitation générale, puis d'agitation avec gesticulation. Apparaissent ensuite de l'aphasie motrice, du tremblement, de l'insomnie, des céphalalgies. Deux mois auparavant, X... avait eu un chancre induré.

Puis, symptômes témoignant d'un trouble mécanique de l'irrigation cérébrale: confusion mentale, apathie complète, amnésie, gâtisme, oubli de manger, mouvements automatiques, tremblements, hébétudes, réflexes rotuliens exagérés, hyperthermie, attaques d'épilepsie jacksonnienne de plus en plus précipitées avec une sorte d'athétose et des mouvements choréiformes, phénomènes convulsifs, crises tétanoïdes, mort.

Autopsie: Lésion des artères de la base et surtout de la cérébrale moyenne (parois épaissies, thromboses), foyers de ramollissement dans la pariétale ascendante, le corps strié gauche, le cervelet.

OBSERVATION XV

(Personnelle)

M... Antoine, 28 ans, entre à l'Asile de Maréville le 15 février 1925.

Antécédents héréditaires et collatéraux: R. A. S.

Antécédents personnels: accident primaire à la lèvre, traitement régulier pendant deux ans. Marié ; pas d'enfants ; femme bien portante. Trois ans avant l'internement, apparition de troubles de l'humeur et du caractère, pas de réactions antisociales.

Examen mental: Etat d'excitation avec euphorie, idées délirantes de persécution, de grandeur ; idées de réformation sociale.

Examen somatique : Inégalité et déformation pupillaire ; exagération des réflexes tendineux, douleurs osseuses des tibias. Séquelles d'hémiplégie gauche, pas de tremblements, pas de troubles de la parole.

Examens biologiques:

Sang: S. n. ch.: +++

L. C. R.: Wasser.: —

S. ch.: + 15.

Lymph.: 52.

Mein: +

Alb.: 0,45.

Evolution: Un traitement arsenical est institué. Signes d'intolérance: vomissements. Le malade se calme peu à peu et peut bientôt travailler à l'Asile.

Reprise de l'excitation et accentuation du délire, par aggravation des troubles psychosensoriels préexistants: hallucinations auditives et visuelles: il voit et entend la fille de l'ex-kaiser avec qui il doit se marier. Troubles cénesthopatiques : « Voilà trois mois que ces voyoux me brûlent les organes. Je vous garantis que j'ai déjà souffert et que si ça continue j'en fusillerais plusieurs ».

Idées d'influence, idées de grandeur de plus en plus manifestes: « Pour faire régner l'ordre sur la terre, je suis monté sur un sapin pour haranguer la foule, il pleuvait, mais je n'ai pas été mouillé... J'ai accompli un miracle. Je suis destiné à être le maître du monde ».

Actuellement, vit à l'écart dans un état d'indifférence hautaine, monologuant sans cesse.

C. — Psychoses hallucinatoires syphilitiques avec signes permanents d'atteinte cérébro-méningée

Après avoir vu les psychoses syphilitiques présentant biologiquement des signes transitoires de lésions cérébro-méningées, étudions maintenant celles dont les formules humorales restent permanentes, qu'elles soient incomplètes — états réalisés par la syphilis héréditaire — ou complètes — états simulant la forme hallucinatoire de la syphilis nerveuse.

1° REACTIONS INCOMPLETES

Syndrome clinique

L'hérédité est la cause habituellement invoquée des psychoses ayant pour base le syndrome d'automatisme mental, et nombre d'auteurs ont publié des cas de syndromes hallucinatoires causés par l'hérédo-syphilis.

C'est ainsi que CLAUDE, BARUCK et VERVAECK ont vu apparaître un syndrome hallucinatoire visuel et auditif au cours du développement d'une syphilis héréditaire oculaire et labyrinthique.

COURBON a observé chez une métisse de 38 ans, atteinte de kératite double syphilitique, l'apparition d'une bouffée hallucinatoire délirante au cours du traitement.

A. MARIE et H. EY ont rapporté un cas de syndrome hallucinatoire complexe, survenu en l'absence d'aucun signe neurologique, chez une hérédosyphilitique, démente à 18 ans.

J. HAMEL et Lopez ALBO se sont spécialement attachés à cette étude et ont décrit une forme un peu spéciale de psychose hallucinatoire chronique, fréquente chez les syphilitiques et réalisée en certains cas par la syphilis héréditaire: hallucinose auditive semi-consciente, avec idées délirantes non organisées, débutant par un état de dépression anxieuse. Si les idées s'organisent, si les hallucinations s'accroissent, on peut voir se dessiner le tableau de la psychose hallucinatoire chronique classique. (Observation XV).

Dans certains cas, l'hérédosyphilis n'agit, dans le déterminisme de ces psychoses hallucinatoires, qu'à la faveur d'un syndrome tel que celui de l'épilepsie essentielle, de l'hypertension intracrânienne, de la sclérose en plaques.

L'épilepsie essentielle peut s'accompagner de crises hallucinatoires, et Marc LEVI BIANCHINI a relevé des cas de « grand mal », à la suite desquels s'installent des délires de persécution du type paranoïde, tandis que GARBEAU, puis LEREDDE et MARIE montraient la nature hérédosyphilitique de cette affection.

L'hypertension intracrânienne, qui relève souvent de la même étiologie, s'accompagne également de troubles délirants et nous n'en donnons pour preuve que les deux observations de MAILLARD et LEMAUX et de CLAUDE, que nous rappelons en fin de ce chapitre.

Nous ne voulons pas insister davantage, et nous retiendrons simplement de tout ceci le polymorphisme des psychoses hallucinatoires de l'hérédo-syphilis.

Syndrome biologique

Les formules rachidiennes, ici encore, sont incomplètes. Il peut y avoir lymphocytose discrète et légère hyperalbuminose; et si le B.-W. sanguin est le plus souvent positif, on peut très bien trouver par contre un B.-W. négatif dans le liquide céphalo-rachidien. Le peu de certitude de ces réactions oblige le spécialiste à étayer son diagnostic étiologique d'hérédo-syphilis chez l'adulte, sur d'autres bases, en particulier sur l'enquête familiale et sur les stigmates morphologiques et physiologiques.

Syndrome anatomo-pathologique

Il ne présente que peu d'intérêt: adhérences dure-mériennes, cicatrices névrogliques. Atrophie plus ou moins marquée des lobes. Lésions d'encéphalite.

Traitement

Ces psychoses hallucinatoires quand elles affectent la forme aiguë ou subaiguë sont curables, mais la guérison peut n'être qu'apparente, et il subsiste toujours un état hallucinose plus ou moins consciente. La forme chronique reste, par contre, insensible à la thérapeutique, et elle

ne se modifie pas, non plus d'ailleurs que la formule rachidienne.

Les malades de cette sorte, sont moins rares dans nos asiles, où ils ont souvent pris place dans la jeunesse ou l'adolescence. Nous allons rapporter l'histoire de quelques-uns d'entre eux.

OBSERVATION XVI

in thèse COURTIER

Wo... G..., 19 ans. Première entrée: juin 1916.

Psychose hallucinatoire chronique.

Antécédents héréditaires: Rien à signaler.

Antécédents collatéraux: Rien à signaler.

Antécédents personnels: Aurait toujours été un peu anormal; n'a jamais eu la syphilis.

Premier accès: mars 1916 à juin 1918.

Deuxième accès: novembre 1920 à janvier 1922.

Troisième accès: juin 1927 à février 1928.

Etat à l'entrée: Chaque fois le même diagnostic a été porté: accès confusionnel avec délire polymorphe, hallucinations et idées de persécution, fonds de dégénérescence mentale.

Stigmates morphologiques. Signes physique diffus de dégénérescence. Otite chronique; asymétrie crânienne et faciale.

Stigmates biologiques. Sang : Hecht. : + ; Calmette-Mas-sol : + 5 ; Jacobsthal : —.

Evolution: Le troisième accès a guéri à la suite d'un an-thrax.

OBSERVATION XVII

in thèse COURTIER

L... E..., 32 ans. Première entrée: décembre 1922.

Sortie: février 1923.

Deuxième entrée: mai 1928.

Psychose hallucinatoire chronique.

Antécédents héréditaires: Parents morts vers 60 ans.

Antécédents collatéraux: Un oncle épileptique interné.

Deux sœurs vivantes, un frère mort de la grippe à 16 ans;
une sœur morte à 5 ans.

Antécédents personnels: Marié; deux enfants; un mort à 2 ans.

Etat à l'entrée: Délire de persécution avec idées d'influence.
Interprétations, hallucinations visuelles et auditives.

Délire à éclipse s'étant reproduit identique à trois reprises: la première fois guéri sans internement; le dernier accès consécutif à un anthrax ayant causé de l'insomnie persistante.

Stigmates morphologiques: Bosses frontales et occipitales saillantes; voûte palatine ogivale; mauvaise denture; dent d'Hutchinson; lobules des oreilles adhérents.

Stigmates biologiques: Recherchés en 1928: Sang: Hecht: — Calmette Massol: — Jacobsthal: — Meinicke: —

Liquide céphalo-rachidien: Wassermann: —; Jacobsthal: —; Lymphocytes: 0,6; Albumine: 0,45.

OBSERVATION XVIII

(MAILLARD et LEMAUX, 1912)

Résumé

Cette observation concerne un malade du service de M. DENY, à la Salpêtrière, qui, au cours d'un syndrome maniaco-dépressif, présente, au moment des phases d'excitation, des hallucinations auditives et de la sensibilité générale, en particulier de la sphère génitale. Les idées de persécution sont assez vagues; il n'y a aucune systématisation de son délire.

Céphalées, baisse de la vision avec stase papillaire à l'examen ophtalmoscopique. Réflexes lumineux abolis. Réflexes rotuliens et achilléens vifs. Pas de troubles moteurs, sensitifs ou trophiques. Pas de vomissements.

Amélioration passagère à la suite d'uné craniectomie décompressive et d'un traitement mercuriel intensif.

Méningite spécifique chronique probable.

OBSERVATION XIX

(CLAUDE, 1914)

Résumé

Il s'agit d'un malade, sourd et aveugle, pris pour un tabétique, qui a présenté, après des crises hallucinatoires visuelles et auditives des hallucinations de l'ouïe presque pures. La ponction lombaire révéla un B. W. négatif, peu d'albumine, des éléments figurés (mononucléaires et lymphocytes), et une forte hypertension intracrânienne. Des décompressions suc-

cessives par ponction lombaire et un traitement mercuriel puis arsenical amenèrent la rétrocession puis la disparition des prénomènes psychosensoriels. Il subsiste depuis lors un état fruste d'hallucinose, en rapport — pense l'auteur — avec une altération fonctionnelle des centres corticaux de l'audition.

2° REACTIONS COMPLETES

Les formes de psychoses hallucinatoires, que nous avons vues jusqu'ici en remontant par degré l'échelle des psychoses syphilitiques, vues à la lumière des données biologiques, comportaient toutes des formules humorales — passagères ou permanentes — mais, pour ainsi dire toujours incomplètes.

Nous nous trouvons maintenant en présence d'un syndrome curieux, peu fréquent il est vrai, réalisant la transition avec les formes hallucinatoires de syphilis nerveuses, plus étudiées et mieux connues.

Entrevu par LAIGNEL-LAVASTINE et Pierre KAHN, il a été particulièrement l'objet de recherches de la part de CLAUDE, TARGOWLA et DAUSSY. TARGOWLA et Mademoiselle SERIN en ont publié un cas intéressant. Notre maître le Docteur HAMEL et nos collègues J. COURTIER et J. PASSEBOIS l'ont mieux fait connaître par une communication au Congrès de Gand, de 1932.

Syndrome mental

Quand on fouille l'état mental de tels malades, on porte le diagnostic de psychose hallucinatoire chronique. Les hallucinations, les illusions et interprétations abondent. Les idées délirantes se systématisent en délire de persécution. L'orientation est bonne, l'attention facile, la mémoire intacte. En dehors, bien entendu, du délire, le jugement est conservé de même que le sens moral.

Syndrome neurologique

L'examen physique est négatif et la recherche systématique de troubles somatiques ne peut mettre la diagnostic sur la voie d'une syphilis des centres nerveux. A peine peut-on déceler des troubles pupillaires discrets.

Syndrome biologique

L'examen du sang peut montrer un B.W. positif. En général, on trouve une dissociation entre les résultats fournis par les diverses méthodes de laboratoire, mais ce fait n'a rien de spécifique. Bien plus importante au point de vue du diagnostic est l'étude du L.C.R. Les réactions humores montrent les signes les plus nets de l'atteinte syphilitique du névraxe. Hyperleucocytose importante. Hyperalbuminose. E.W.+. Flocculation du benjoin de la zone syphilitique. Cette positivité persiste, malgré le traitement, qui n'a pour effet que d'atténuer les troubles humoraux, comme les troubles psychiques.

Syndrome anatomo-pathologique

Il est bien peu connu. Signalons les lésions très particulières trouvées par BONFIGLIO, dans un de ces cas. Le cerveau se montrait atrophié avec adhérences pie-mériennes. A l'examen microscopique, la structure du cortex était modifiée dans la morphologie par l'atrophie des cellules et des fibres nerveuses, avec altérations régressives de la névroglie, sans infiltration leucocytaire ni plasmocytaire.

Le traitement, a pour résultat la disparition des hallucinations avec amélioration du syndrome humoral. Mais, les tendances constitutionnelles du sujet ne sont nullement influencées.

En résumé: P.H.C. Pas de signes nerveux. Formule rachidienne de syphilis cérébrale.

Nous allons fournir quelques exemples, qui nous semblent assez typiques :

1° Dans l'observation de TARGOWLA et de Mademoiselle SERIN, il s'agit d'un délire à marche chronique dont les manifestations hallucinatoires progressivement accentuées ont abouti à une tentative de suicide. Internement. Sortie après amélioration. Reprise bruyante des troubles délirants avec cortège de troubles psychosensoriels. Deuxième tentative de suicide. Deuxième internement. Traitement spécifique : évolution régressive des troubles mentaux avec parallèlement, réduction du syndrome humoral,

OBSERVATION XX

(TARGOWLA et M^{lle} SERIN)

G... Anne-Marie, 44 ans, entre à l'hôpital Henri-Rousselle, le 2 novembre 1926. Elle s'était présentée 2 jours plus tôt pour demander un emploi et, examinée par l'un de nous, lui avait confié les éléments essentiels d'un délire de persécution.

Mariée à 26 ans, G... a eu un enfant mort en bas-âge de la coqueluche, puis dans la même année, deux fausses couches successives. Six ans après elle a perdu son mari, mort de tuberculose. Contrainte de travailler pour gagner sa vie, elle a dû renoncer à son ancien métier de couturière, trop peu rémunérateur; est devenue employée de bureau et a appris la sténo-dactylographie.

A 38 ans, elle entra comme employée chez un courtier en marchandises. C'est peu après que seraient apparues les premières manifestations psychopathiques; on l'a attaquée, en même temps qu'à travers elle, on attaquait son patron. Très réticente, elle ne consent que difficilement à donner des indications sur ses troubles; dans la rue, les gens étaient bizarres, la regardaient drôlement, la suivaient; on parlait d'elle dans les journaux; au bureau, on chuchotait, on faisait des allusions à une aventure qu'elle avait eue et qui lui donnait des remords; on répétait ce qu'elle faisait et même ce qu'elle pensait. Par un jeu de glaces on lui faisait voir des scènes obscènes; on lui faisait éprouver des sensations génitales très violentes la nuit, et, parfois le jour pendant son travail. De même, on l'influençait, on la poussait à faire des actes dont elle n'était pas maîtresse, comme d'écrire des lettres qui ne répondaient nullement à ses idées et qu'elle désavouait ensuite. C'est de cette façon qu'on l'a amenée à l'idée du suicide; après l'avoir conduite à y penser, on lui ordonna de se tirer un coup de revolver.

Cet acte la mena à l'Asile et son internement se prolongea de juin 1924 à août 1926. Il semble que le syndrome hallucinatoire s'y atténua sensiblement, du moins dans son intensité, mais la malade restait interprétante, « causant par sous-entendus », avec les infirmières ou les malades qui cherchaient de mille façons à l'entraver dans son travail, « lui faisaient la chaîne », et elle conservait une foi absolue en la réalité des persécutions dont elle était victime.

Sur ses insistances réitérées et celles d'une de ses sœurs, le Médecin du service finit par consentir à sa sortie, à condition qu'elle irait à Nantes, chez sa sœur qui se chargeait d'elle. Les premières semaines, qu'elle passa à Paris, puis à Nantes, furent normales. Mais dès qu'elle eut trouvé un emploi, elle ne tarda pas à remarquer des faits singuliers; on faisait des gestes sur son passage, on la regardait, on la changea plusieurs fois de bureau pour la mettre finalement dans une salle où étaient occupés plusieurs employés. Les persécutions se firent alors plus actives : « on lui faisait la chaîne », « la scie avec ses pensées », c'est-à-dire que les autres employés amenaient continuellement dans leur conversation des allusions à son travail, à ses comptes, puis, progressivement, à ses préoccupations, à ses idées, à sa vie passée. Le matin, dès son lever, on l'épiait, on l'insultait, on la suivait; dans la rue, les passants se donnaient le mot et l'injuriaient, ceux même qui passaient en tramway se moquaient d'elle et criaient des insultes qui étaient des allusions à son passé, l'engageaient à se tuer. Tout ce qu'elle faisait ou pensait était immédiatement connu sinon prévu, répété partout, commenté avec moquerie, et ce qu'elle voyait et entendait n'était qu'allusions à elle et à sa situation; en particulier, elle était à ce moment entièrement suggestionnée par sa patronne qui connaissait toutes ses pensées et cherchait à la pousser au suicide.

Ces troubles augmentèrent progressivement d'intensité jusqu'à l'entraver totalement dans son travail; l'état hallucinatoire notamment s'aggravait peu à peu; du matin au soir, elle

était poursuivie sans trêve; la nuit, ses ennemis erraient autour de sa maison, la surveillaient, imitaient le cri de la chouette pour lui faire savoir qu'ils étaient là; les objets eux-mêmes lui paraissaient étranges, elle les voyait prendre des formes singulières et menaçantes. Un jour, enfin, que sa patronne lui déclara: « Vous voyez ce qu'il vous reste à faire », elle cessa de résister. Mais ne voulant pas provoquer de scandale dans la maison de sa sœur, elle décida de revenir pour se suicider à Paris. Elle s'enfuit sans prévenir personne; dans le train de véritables clameurs, rythmées par le roulement, la poursuivirent jusqu'au bout. Dès son arrivée, elle alla se jeter dans la Seine.

Repêchée, elle fut conduite chez une de ses sœurs, où elle passa la nuit. Le lendemain, elle partit et erra deux jours et deux nuits dans les rues: des agents l'arrêterent et la ramenèrent au domicile de sa sœur. A ce moment, elle avait de l'insomnie et présentait un délire onirique avec des hallucinations visuelles et auditives terrifiantes, qui disparurent au bout de quelques jours.

Dans le service, elle se montra d'abord méfiante, réticente, avec des réactions mélancoliques, pleurant en racontant son délire et témoignant de vifs remords à l'égard de certains écarts de conduite passée. Elle demeurait inquiète, tourmentée, interprétait contre elle ce que faisaient ou disaient les infirmières, accusant toujours « des transmissions de pensée ». On notait, d'autre part, des trémulations de la langue, la vivacité des réflexes tendineux aux membres supérieurs et inférieurs, l'inégalité (G > D) avec légère dilatation et irrégularité du contour des pupilles, ainsi que la paresse des réactions photomotrices. Les réactions sanguines étaient négatives, mais celles du liquide céphalo rachidien étaient positives.

La malade fut soumise à un traitement anti-syphilitique mixte (benzoate de mercure, arsenic, bismuth) et rapidement retrouva le calme. Le 18 décembre, elle déclarait: « Ce sera toujours une énigme pour moi... Je ne sais pas si c'est ma

tête qui s'est dérangée ou si c'est la réalité. Je persiste à croire que c'est la réalité, mais je peux me tromper. » Elle ajoutait : « Maintenant que j'ai la tête en repos, je voudrais ne plus y penser. » Elle demeurait cependant hésitante et disait encore : « J'ai quelquefois des impressions comme autrefois et j'essaie de me rendre compte. Je vois bien que ce n'est pas réel; mais j'ai une telle appréhension que cela me reprenne. »

Toutefois cette amélioration ne s'accroît pas davantage. A sa sortie, le 12 février, elle expliquait : « Je suis persuadée que vraiment c'est arrivé. Je fais une grande part à la maladie; j'ai eu des hallucinations, par exemple, quand je voyais les cadres se dédoubler ou que j'entendais le cri de la chouette. Mais il y a eu certainement une cabale; je ne crois pas que j'ai déliré. » Elle reconnaît d'ailleurs avoir interprété, au début de son séjour dans le service, les conversations qui se tenaient autour d'elle; par contre, elle ajoutait : « Ce sont des allusions qui m'ont conduite au suicide. J'ai lutté contre mes idées; mais tout ce qu'on disait autour de moi, c'était pour me pousser au suicide. » Elle ne présente plus aucune manifestation délirante actuelle, en particulier aucun trouble hallucinatoire, et elle spécifie : « Je n'ai plus l'impression que mes idées m'échappent. Tout le monde communiquait avec moi, maintenant je pense en moi-même librement. » (Elle avait fréquemment insisté sur ce symptôme de la « transmission de pensée » qui lui était particulièrement pénible.)

Elle présente encore quelques inquiétudes, la crainte de retour de ses troubles, le remords de ses erreurs passées. Il est impossible de mettre en évidence le moindre signe d'affaiblissement intellectuel, et les tests psychologiques sont normaux.

Depuis sa sortie, elle se comporte normalement, travaille, constate spontanément que dehors on ne s'occupe plus d'elle et qu'on la laisse tranquille. Elle est sûre cependant qu'on lui voulait du mal; elle se rappelle, par exemple, que sur son passage, les gens changeaient trois fois de visage avant de

ressembler à des personnes, qu'elle avait connues et oubliées. Cela a cessé à l'hôpital, parce que les gens ont eu peur en la sentant sérieusement protégée.

A la fin du traitement, l'intradermo-réaction à l'hémostyl était fortement positive et la cholestérinémie était de 1 gr. 87 pour 1.000.

Le syndrome humoral est le suivant :

	6 nov. 1926	26 JANV. 1927
Leuco	88	3
Alb.	0,60	0,30
Pandy	+	+
Neichbrodt.	+	0
El. parég.	+++	0
B. W	++++	()
Benjoin. 22110 12222 00000		00000 00000 00000

Nous signalerons, en outre, un trouble de la fonction uréogénique (peut-être résiduel d'une insuffisance hépatique plus marquée) qui disparut au cours du traitement, comme le montre le tableau ci-dessous :

	6 NOV. 1926	26 JANV. 1927
Azotémie.	0 gr. 18	0 gr. 26
Azoturie.	7 gr. 28	22 gr. 62
Volume urinaire ..	650 cc.	1.010 cc.

Les modifications des réflexes tendineux et des pupilles, les trémulations linguales persistent, mais se sont légèrement atténuées.

2° Se rapprochant par bien des points de cette observation, en voici une autre de TARGOWLA et Mademoiselle PEZÉ.

OBSERVATION XXI

TARGOWLA et M^{lle} PEZÉ

Malade sans antécédents héréditaires, ayant contracté un chancre à la joue suivi d'accidents secondaires et d'une ulcé-

ration spécifique de la langue. Insuffisamment traité, il fait des paralysies momentanées de la langue. Après un stade de diplopie avec céphalées violentes, insomnies, angoisse, s'installe un état mental caractérisé au début par des troubles psychosensoriels divers : sensations de courant électrique, hallucinations visuelles, auditives, hallucinations psychiques.

« Ces voix étaient éclatantes et semblaient provenir du ciel, raconte après coup le malade. Après avoir entendu ces voix, dans un temps que je ne peux apprécier, je ripostai à mon tour et prodiguai à mes insulteurs les pires injures. Je ne dormais ni nuit, ni jour. » Interné et traité, puis libre sur la demande de sa famille, il est de nouveau interné à la suite de la recrudescence des troubles. Après un traitement arsenical, le malade ayant repris conscience de son état et n'entendant plus qu'une voix lointaine, ressort; mais pour rentrer quelques mois après au service libre de Sainte-Anne, où on note l'existence d'hallucinations auditives communes, unilatérales et conscientes (chants d'oiseaux continuels), des obsessions (étrangler sa femme), des angoisses. Conscience de la nature pathologique des troubles, pas de diminution psychique.

L'examen somatique ne révèle aucun trouble des réflexes ; l'examen des divers appareils en montre l'intégrité fonctionnelle. A la suite d'un nouveau traitement arsenical et mercuriel l'atténuation des phénomènes hallucinatoires et obsédants permet d'envisager la sortie de l'Asile.

Syndrome humoral: Hyperalbumnose, lymphocytose, B. W. positif dans le L. C. R.:

	B. W.	LYMPH.	ALB.	GLOB.
15 juill. 22.....	++	6	0,40	+
20 sept. 22.....	++	6	0,38	+
25 nov. 22.....	++	4,6	0,40	+
	EL. PARÉG.	BENJOIN COLLOÏDAL		
15 juill. 22.....	++	11100	20000	00000
20 sept. 22.....	0	11100	02222	20000
25 nov. 22.....	++	12100	22221	00000

3° Voici enfin celle qui fut l'objet de la communication au Congrès de Gand, de 1932, de MM. J. HAMEL, J. COURTIER et J. PASSEBOIS.

OBSERVATION XXII

J. HAMEL, J. COURTIER et J. PASSEBOIS

(Communication au Congrès de Gand, 1932)

Il s'agit d'une femme de 44 ans, entrée dans notre service, le 14 février 1931.

Madame Rosa est sans antécédents héréditaires et collatéraux connus. De même les antécédents personnels sont vagues; elle a été à la tête de plusieurs commerces successifs; s'est mariée, a divorcé. Elle a un fils marié et bien portant.

Réactions mal connues, ayant nécessité l'intervention de la police. A l'entrée, elle se montre lucide, orientée, raisonnant bien en dehors de ses idées délirantes. Elle proteste avec dignité et fermeté, sans éclat, contre son internement qu'elle juge arbitraire, car elle n'a aucune conscience de son état morbide. Elle explique ce qui lui arrive par l'action de complots de femmes dirigés contre elle et son fils depuis 8 ans. On a d'abord cherché à faire aller ce dernier au Maroc. Elle a dû faire maintes démarches pour éviter son départ. Ensuite on a ruiné successivement ses commerces, puis sa vie et celle de son fils furent menacées; elle n'osait sortir sans être armée d'un revolver; elle est tout à fait fixée sur l'identité de ses persécuteurs, mais ne veut pas la révéler, sa vie en dépendant. Hallucinations auditives, quelques hallucinations visuelles. La mémoire est intacte, il n'y a aucune discordance, une excitation cérébrale à peine marquée, un sens moral non

altéré. Quoique sous l'empire d'une grande indignation, la malade se domine très bien et c'est assez calmement, avec correction, sans autres signes d'émotion qu'un léger tremblement de voix par instants, qu'elle énumère ses malheurs.

Examen physique : Etat général satisfaisant, réflexes pupillaires vifs, inégalité pupillaire. $G > D$. La pupille droite est déformée et réagit imperceptiblement à la lumière ; réflexe accommodateur conservé, parole aisée, rapide et sans dysarthrie ; léger tremblement de la langue et des muscles péri-buccaux.

Le diagnostic de psychose hallucinatoire chronique est porté.

Examen du sang à l'entrée :

Hecht : +.

Calmette et Massol : + 10.

Meinicke : +

La ponction lombaire, tentée à plusieurs reprises, ne peut être faite en raison de l'opposition très vive de la malade.

Pendant le cours de l'année 1931, aucune modification. Idées délirantes, hallucinations, interprétations aussi vives qu'au premier jour. En janvier 1932, la malade fit à nouveau étalage de son délire: on l'accuse d'être la maîtresse de divers membres de sa famille, on lui parle au bout d'un fil; c'est un être infect qui la tourmente. Le « bout du fil » est un moyen d'observation par les rayons X, utile ou nuisible au malade, selon celui qui en use; on lui répète par T.S.F. des injures; on lui fait voir des choses horribles, par exemple, elle se voit avoir des rapports avec son fils. Tout ceci elle l'a déjà ressenti chez elle, mais jamais aussi fortement qu maintenant. C'est donc de l'Asile même qu'émanaient, dès le début les persécutions. En somme, activité hallucinatoire en accroissement.

L'examen physique ne montre aucune modification.

Nouvel examen biologique le 8 février 1932 :

Sérum sanguin : Hecht : ++

Calmette et Massol —

Meinicke +

Urée 0 gr. 22.

Liquide rachidien: Wassermann + + + + +

Lymphocytes 104

Albumine 0 gr. 42.

Benjoin 122111220000000

Du 29 février au 27 avril: traitement par l'arsaminol Clin: 51 centimètres cubes sont injectés.

Au cours du traitement, l'examen mental et physique ne révèle aucune modification. De nombreuses lettres écrites depuis l'entrée montrent une écriture sans lapsus, ni tremblement, ni interversion de caractères. Aucune dysarthrie.

Impaludation du 1^{er} au 26 mai. Neuf accès francs, température maxima de 40°6 en moyenne. Quelques incidents cardiaques à la fin, malaises, syncope.

Le 4 juin 1932, la malade entièrement remise au point de vue physique, est interrogée à nouveau; elle se déclare satisfaite de beaucoup dormir, n'est presque plus dérangée la nuit par les voix, cela date de l'impaludation.

Son humeur est tout à fait transformée, elle est docile, aimable, s'occupe volontiers, seconde avec habileté les infirmières.

Examen biologique du 20 juin 1932.

Sérum sanguin : Hecht, ++

Calmette et Massol —

Meinicke —

L. C. R.

Wassermann + + + + +

Lymphocytes 3,4.

Albumine 0,25.

Benjoin 001000220000000

A remarquer la régression de ces trois derniers repères.

Depuis cette époque, l'état ne cesse de s'améliorer, les hallucinations disparaissent complètement. La malade accuse une véritable transformation dans son existence, mais toutefois refuse de l'attribuer à un traitement quelconque. Subsistent encore de son délire: le refus de croire à un état morbide antérieur, et la conviction de la réalité des intentions malveillantes de certaines personnes de l'Asile ou étrangères à l'Asile.

Peu à peu l'amélioration s'accroît encore, la malade reconnaît l'action utile du traitement, s'y soumettra, dit-elle, volontiers périodiquement.

Elle sort, le 13 août 1932, très améliorée, sans hallucinations, sans réactions, mais ayant conservé ses tendances paranoïaques.

Les nouvelles que nous avons reçues depuis montrent que la malade n'est pas entièrement guérie, mais les hallucinations n'ont pas reparu.

Et par des transitions insensibles, dans des formes cliniques si voisines, nous en arrivons aux états hallucinatoires des syphilis nerveuses : syphilis nerveuse localisée, tabès, paralysie générale.

CHAPITRE IV

**Les Etats hallucinatoires
des Syphilis nerveuses**

A. — Les Formes hallucinatoires de la Syphilis cérébrale

Pour mieux pouvoir montrer les points qui relient les psychoses précédentes et celles-ci et aussi les points par lesquels elles diffèrent, donnons de suite deux types d'observations de malades :

OBSERVATION XXIII

CLAUDE, TARGOWLA, DAUSSY

(Résumé)

Il s'agit d'un délire systématique de persécution très proche par ses caractères du délire de MAGNAN, qui évolue depuis 14 ans, chez une femme dont l'intégrité intellectuelle ne paraît pas atteinte et qui a vécu en liberté, ne traduisant socialement sa psychose que par une instabilité assez marquée et quelques plaintes aux autorités. Cette malade présente des signes de syphilis nerveuse, antécédents hémiparétiques avec excitation intellectuelle. Exagération des réflexes. Dysarthrie, inégalité pupillaire avec déformation et disparition des réflexes moteurs.

Formule rachidienne de syphilis nerveuse.

Malgré l'action favorable du traitement sur la formule biologique, les manifestations psychiques n'ont pas été modifiées.

OBSERVATION XXIV

SENGÈS (Résumé)

Il s'agit d'un malade ayant contracté la syphilis 6 ans avant l'entrée à l'Asile, et l'ayant médiocrement traitée. Il présente :

- a) Un syndrome hallucinatoire très net, avec idées délirantes, sans signes d'affaiblissement intellectuel.
- b) Des signes neurologiques de syphilis du névraxe.
- c) Un syndrome biologique, dont voici les éléments :

	ALB.	LYMPH.	B. W.
Premier examen . .	0,25	—	—
après réactivation . .	—	15	+
— . .	0,55	20	+

Si nous comparons l'observation de TARGOWLA et Mademoiselle SERIN à celle de CLAUDE, TARGOWLA et DAUSSY, nous trouvons les points communs suivants : syndrome mental identique de P.H.C. sans affaiblissement intellectuel. Syndrome biologique de syphilis nerveuse, complet, atténué seulement par le traitement. Ces malades diffèrent par les points ci-après : alors que dans le cas du chapitre précédent, la syphilis s'est manifestée par deux fausses couches, longtemps avant les premiers signes de dérangement cérébral, dans le cas actuel, les signes de syphilis nerveuse sont de date récente par rapport à l'apparition de la psychose. Les effets du traitement qui amènent la régression des troubles mentaux dans le premier cas, sont nuls dans le second.

Syndrome mental

Il réalise l'aspect d'une psychose hallucinatoire d'évolution chronique. Les observations de CLAUDE et de SENGÈS nous montrent un affaiblissement intellectuel des plus minimes. D'ailleurs, cet affaiblissement mental dans la syphilis du névraxe, est plutôt un émoussement qu'une démence vraie. Le plus souvent consécutif à des ictus (BIRNBAUM) il se rattache à des accès d'agitation hallucinatoire ou de confusion mentale hallucinatoire.

Pour PARANT, dans la syphilis du névraxe, les troubles vésaniques apparaîtraient brusquement sous forme de délire hallucinatoire, et s'accompagneraient de déchéance intellectuelle rapide.

Syndrome neurologique

Quoiqu'il en soit de ces opinions, le syndrome mental s'accompagne toujours d'un syndrome neurologique, qui, on peut dire, ne manque jamais, à la différence encore de ce que nous observions dans le chapitre précédent: triade d'Argyll, tremblements.

Syndrome biologique

Les réactions céphalo-rachidiennes sont complètes. On constate :

Lymphocytose de 10 à 60 éléments par mm³. Hyperalbuminose de 0 gr. 60 à 1 %. B. W.+, Guillain +,

Syndrome anatomo-pathologique

L'examen microscopique ne montre que de minimes adhérences méningo-corticales, une infiltration discrète des gâines périvasculaires, des fibres nerveuses peu altérées (DELMAS).

Le traitement est, en général sans action.

En résumé. P.H.C. Signes nerveux +, formules rachidiennes de syphilis cérébrale.

OBSERVATION XXV

(Personnelle)

D... Louis-Félix, 38 ans, entre à l'Asile de Maréville, le 14 septembre 1933, casernier.

Antécédents héréditaires : Père mort à 85 ans, après de multiples ictus; hémiplegie 5 ans avant le décès.

Antécédents personnels : Rien à signaler pendant la jeunesse, à part un caractère instable et facilement irritable. Marié en 1917; 3 enfants, femme bien portante.

Ancien colonial, ayant fait campagne de 1904 à 1917, en Chine, au Tonkin, en Afrique du Nord; a contracté la dysenterie en Chine; aurait fait des accès palustres frustes en Algérie; fort buveur.

Histoire de la maladie : Syphilis contractée pendant la guerre, et soigné très irrégulièrement. Hospitalisations multiples.

Val-de-Grâce, en 1918, pour syphilis primaire.
Algérie, 1923, crises épileptiformes,

Metz, 1928, hémiparésie gauche. Troubles visuels et troubles de la parole. Syphilis nerveuse vérifiée par l'analyse du liquide céphalo rachidien. B. W. +

Metz, 1929, troubles psychiques. Hallucinations. Amnésie. Troubles du comportement ayant motivé plusieurs sanctions disciplinaires. Traitement de novarsénobenzol.

Metz, 1931, Ictus avec hémiplegie, quelques troubles d'ordre confusionnel. Traitement: Gardénal, iodure de sodium, Quinby, novarsénobenzol.

Metz, 1933, Tentative de suicide par section des vaisseaux du cou et du poignet. Pendant son séjour à l'hôpital, le malade tente de s'étouffer avec un tampon de ouate de pansements.

Nancy, Hôpital Militaire Sédillot, 27 juillet 1933.

Etat mental : Gros déficit intellectuel avec désorientation, amnésie, inaffectivité. Onirisme, idées de persécution, excitation puis dépression morale.

Etat physique: Abolition des réflexes achilléens et médio-plantaires, persistance des réflexes rotuliens. Inégalité et irrégularité pupillaire. Signe d'Argyll.

Analyses biologiques :

Sang : Wassermann : positif. Kahn : négatif.

L. C. R. : B. W. : — Lymph. 1,5. Alb. : 0,22

Benjoin : 00002 21222 20000

Impaludé du 1^{er} au 23 août: 9 accès francs. Pas de changement appréciable dans l'état mental. Nombreuses hallucinations et multiples idées délirantes. Idées de suicide.

Etat à l'entrée à l'Asile:

Examen mental: Affaiblissement intellectuel. Hallucinations de l'ouïe, entend des messages qui lui viennent par T.S.F., répond à ses voix par téléphone; sa parole porte assez loin pour atteindre le monde entier. Sentiments d'influence. Récits de scènes oniriques nocturnes: « César avait des bas-flancs avec des femmes. Il leur prend la tête pour leur visser sur des mannequins. Le chef infirmier, ancien forçat évadé, a perdu sa tête et ses jambes pendant son évasion. Sa tête ac-

tuelle, en ivoire, est vissée, ses tibias sont en chêne. » Nombreuses idées délirantes et mal systématisées de persécution. Idées de grandeur. Inaffectivité.

Examen somatique: Signes oculaires de syphilis nerveuse, dysarthrie.

Examens biologiques :

Sang : S. n. ch. : —

L. C. R. : Wasser. : —

S. ch. : —

Lymph. : 0,2.

Mein. : —

Alb. : 0,42.

Benjoin : 00000 01110 00000

OBSERVATION XXVI

(Personnelle)

A... Arthur-Eugène, 43 ans, entre à l'Asile de Maréville, le 8 octobre 1926, pour « délire à forme mélancolique, avec erreurs d'interprétation. Hallucinations. Phobies ».

Etat à l'entrée:

Examen mental: Attitude figée, semi-mutisme. Ne répond aux questions qui lui sont posées que par la phrase « Je ne sais pas ». Obtusion profonde. Inattention. Insouciance.

Examen somatique: Présente une fracture de la clavicule, de l'ankylose d'un coude. Cicatrices nombreuses du crâne. Perte de l'œil gauche (accidentelle).

Réflexes rotuliens faibles. Pas de signes de Babinski. Pupille droite en myosis, réagissant bien à la lumière.

Examens biologiques:

Le 26 octobre 1926:

Sang: S. n. ch.: +++

L.C.R.: Wasser.: +++ +++

S. ch.: + 10

Lymph.: 8

Mein.: +

Alb.: 0,50

Evolution: Traitement par novarsénobenzol. Le malade sort de son état confusionnel, mais il n'a gardé aucun souvenir des accidents qu'il a présentés et demeure désorienté. Il manifeste un délire peu bruyant entretenu par des hallucinations auditives.

Le 9 février 1927, on note: Hallucinations très actives, mais sans réaction: « J'entends de partout, on me dit: assassin, voleur, voyou... »

Le 27 mars, évolution vers une psychose hallucinatoire chronique. Isolement. Monologues, insultes échangées à voix basse. Intelligence affaiblie.

Le 25 septembre 1927, psychose hallucinatoire d'évolution chronique chez un syphilitique.

Evolution progressive: Stovarsol et malariathérapie: 10 accès francs. Persistance des hallucinations visuelles et auditives de caractère désagréable, mais n'engendrant pas d'idées de persécution précises. Idées de transformation et d'influence. Diminution des sentiments affectifs. Troubles de l'humeur et du caractère, protestation incessante contre son internement.

Etat le 24 octobre 1934: *Examen mental:* Psychose hallucinatoire chronique.

Examens biologiques:

Examen neurologique: négatif, réflexes égaux.

Sang: S. n. ch.: —

L.C.R.: Wasser.: —

Mein.: —

Lymp.: 0,6

S. ch.: —

Alb.: 0,18

Benjoin: 00000 00000 00000

Reprise d'un traitement stovarsol quinby.

Reste halluciné et délirant. Syphilis cérébrale.

B. — Les Psychoses tabétiques

Depuis HORN qui, en 1833, rapporta une observation de tabès dorsalis avec hallucinations, et DUCHENNE, de Boulogne (1858), qui nia l'existence de troubles psychiques dans le tabès, l'accord n'est pas fait sur cette importante question, maintenant encore d'actualité.

TROUSSEAU (1863) nie tout trouble d'ordre mental, mais EISENMANN publie en même temps l'observation d'ataxiques, présentant, au cours de leur maladie, un syndrome hallucinatoire, fait vérifié par TOPINARD (1864), puis WESTPHAL (1867), et TIGGES et OBERSTEINER (1875). Ph. REY publie l'histoire de deux tabétiques hallucinés, que FOURNIER commente, faisant ressortir l'exaltation cérébrale des malades et la multiplicité des hallucinations (observations de TENNESSON et MAGNAN).

PIERRET, de Lyon, et son élève ROUGIER, dans sa thèse (1892), corroborent ses idées. BRIAND communique encore un cas intéressant en 1897. Après la célèbre monographie de CASSIRER (1903), on voit apparaître des communications en toutes langues et de tous pays sur les « troubles psychiques du tabès ». En France, notons les travaux de G. BALLET et R. GLENARD (1908), SEGLAS et VALLON (1909), TRUELLE (1910), KLIPPEL et LÉVY DARRAS (1912), VIGOUREUX et HÉRISSON LAPERRE (1912), BRIAND (1913), JUQUELIER (1914).

Plus récemment, on parle de « psychoses tabétiques (1). Ce terme suggestif a fait fortune et depuis son avènement, on a beaucoup discuté sur les formes psychosiques, le substratum anatomique et le cadre de ces psychoses. Publications de CROUZON, Mademoiselle VOGT et P. DELAFONTAINE (1928), thèse de JASIENSKY (1930), travaux de MARCHAND et CARRETTE, de LEROY, de COURTOIS, PICHARD et RUBENOWITCH (1930), de COURTOIS et BOREL (1931), LARRIVÉ et JASIENSKY (1931), enfin de BALDI (1932).

La discussion est cependant loin d'être close et avec URECHIA (1934), la méthode anatomo-clinique n'a pas encore dit son dernier mot.

Pour limiter le problème de ces psychoses, il convient d'éliminer :

1° Les tabo-paralysies qui doivent être intégrées à la classe des P. G., dont les lésions se retrouvent à l'autopsie;

2° Les troubles psychiques élémentaires — réactifs — variables suivant la « mentalité » du sujet, tous symptômes fonctionnels sans substratum anatomique, qui traduisent la réaction du psychisme de l'individu aux maux qu'il ressent: douleurs fulgurantes, etc...

Les « syndromes psychiâtriques » alors réalisés par les tabétiques, se présentent sous des aspects divers (forme maniaco-dépressive, forme confusionnelle, etc...) dont les plus fréquents sont de beaucoup les syndromes paranoïdes hallucinatoires, et l'hallucinoze.

(1) NAGEOTTE, GRUET, MOEBIUS, NAGGAR, GRISOLLE, LUYS, KRAFFT-EBING, JUDRASSIK, STRUMPELL, etc.

Syndrome mental

L'hallucinoïse apparaît quelquefois en bouffée, mais prend le plus souvent un décours chronique. Les hallucinations visuelles s'observent chez les malades atteints d'atrophie optique. Elles sont plus ou moins conscientes. Certains tabétiques voient des animaux, « tous les animaux de la zoologie ». Les visions sont souvent colorées. Tout porte à croire que les troubles mentaux commencent avant la cécité par atrophie et sclérose, et à la période d'irritation du nerf optique par la lésion névritique.

Les hallucinations auditives les accompagnent le plus souvent, « ce sont des voix qui parlent aux oreilles ». Les hallucinations de l'odorat font enfin leur apparition avec les hallucinations de la sensibilité générale. Celles-ci semblent exagérées par les crises radiculaires, et les pauvres malades attribuent leurs douleurs à des corps étrangers, des courants électriques, des couteaux... « De l'illusion à l'hallucination, de l'hallucination au délire, il n'y a qu'un pas rapidement franchi chez ceux qui présentent une certaine prédisposition mentale. » (LÉRI).

Les idées de persécution sont les plus fréquentes. Plus ou moins bien systématisées, elles présentent parfois le vrai tableau de la paranoïa classique de KRAEPELIN. La systématisation est en dépendance du fonds intellectuel du malade, et d'autant moindre que le déficit est plus prononcé.

Ces idées sont orientées par les troubles psychosensoriels dans le sens hypochondriaque quand les troubles coenesthésiques prédominent, dans le sens de la persécution, quand

il y a prédominance des troubles visuels et auditifs. Disons enfin que ces psychoses paranoïdes peuvent être prédominées d'idées de possession ou d'influence.

Syndrome neurologique

Il se présente à son habitude, avec des troubles sensitifs (douleurs et paresthésies, crises viscérales), moteurs (ataxie, signe de Romberg) des troubles des réflexes ostéotendineux et cutanés, des troubles sensoriels (cécité, surdité) et trophiques (arthropathies).

Syndrome biologique

Il est superflu d'y insister. Le liquide céphalo rachidien montre une leucocytose de 5 à 20 éléments, de l'hyperalbuminose de 0 gr. 50 à 0 gr. 70. Le B.-W. est positif et le benjoin floccule dans les tubes de la zone syphilitique. Mais dans les périodes d'arrêt, chacun des termes peut redevenir normal et le B. W., en particulier, négatif.

Syndrome anatomo-pathologique

Après les travaux d'ALZHEIMER, SIOLI, SCHRODER, Lucie FREUND et BUTELETKEN, HALLERVORDEN, BOSTRÖEN, JACOB..., URECHIA a pu grouper les trouvailles anatomiques sous trois chefs :

- 1° Lésions de P. G. communes ou stationnaires;
- 2° Lésions de syphilis cérébrale. Endartérite des petits vaisseaux de NISSL-ALZHEIMER;

3° Lésions d'artériosclérose syphilitique (artériosclérose syphilidogène de JACOB).

Thérapeutique

Le traitement antisypilitique influence ces troubles psychiques, tandis que le tabès lui-même reste inchangé.

Pathogénie

Nous allons, avant de donner quelques observations, envisager cette question, encore bien discutée. D'abord s'agit-il bien d'hallucinations et de délire hallucinatoire?

PIERRET et ROUGIER ont voulu voir dans le délire les manifestations d'une simple erreur d'interprétation des troubles sensoriels réellement perçus, ou perçus incomplètement ou d'une manière défectueuse; et TARGOWLA a appuyé cette manière de voir. Cependant, MARCHAND et CARRETTE ont été à l'encontre de cette théorie, en montrant que le délire ne se basait très souvent pas sur les troubles coenesthopatiques symptomatiques du tabès. Il s'agit bien en réalité d'hallucinations vraies et le tableau psychique rappelle le plus souvent l'aspect des psychoses de la syphilis cérébrale plus haut décrites, ou de l'hallucinose des syphilitiques.

S'agit-il de psychose tabétique ou de psychose associée au tabès? Relève-t-elle de la syphilis cérébrale ou de la paralysie générale?

Nous ne voulons point nous lancer dans les discussions relatives à l'association de tabès et de P. G. ou de pseu-

do-P. G. qui ont si longtemps divisé les auteurs. Les uns pensent encore que les troubles mentaux du tabès ressortissent à la P. G., et sont la signature d'une syphilisation diffuse et progressive du cerveau que confirmerait en certains cas l'apparition d'un délire mégalomane (PARANT). Pour d'autres, la démence tabétique est analogue à la démence sénile, mais les troubles cérébraux (hémiplegies, crises convulsives) relèvent de la syphilis cérébrale. Rien ne s'oppose à ce qu'on explique aussi ces troubles mentaux par l'association d'une paranoïa hallucinatoire syphilitique et d'un tabès banal.

Quoi qu'il en soit, on peut dire que « psychose et tabès » relèvent d'une étiologie commune syphilitique.

OBSERVATION XXVII

(Personnelle)

G... Armand-Edmond, 48 ans, entre à l'Asile de Maréville, le 5 mars 1933.

Aucun renseignement sur les antécédents héréditaires ou personnels; contamination syphilitique à une époque inconnue.

Etat à l'entrée: Signes mentaux, hallucinations visuelles à caractère agréable; visions de scènes champêtres: « C'est joli, ça passe, ça m'occupe. Ce sont des petits hommes qui font des saluts ». Signes physiques de tabès avancé: Cécité. Ectasie aortique.

Sorti sur la demande de sa famille, le malade ne tarde pas

à revenir à l'Asile plus halluciné que jamais; il voit des scènes mouvementées, champêtres ou urbaines, à couleurs vives. Il compare ces visions à du cinéma, et ne veut pas qu'on le dérange pendant ce spectacle.

Evolution: Affaiblissement intellectuel progressif. Grande déchéance physique et psychique. Fracture spontanée des côtes et du sternum, cachexie. Mort le 20 janvier 1934.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

OBSERVATION XXVIII

(Personnelle)

C... Jean, 56 ans, entre à l'Asile de Maréville, le 29 octobre 1929.

Antécédents héréditaires: Père hypomane, politicien acharné, ayant mené une vie déréglée.

Antécédents personnels: Existence instable, grand voyageur, plusieurs fois marié et divorcé, licencié d'anglais, journaliste connu. Pas de notion de la contamination syphilitique. Apparition des troubles tabétiques en 1924, le malade se fait traiter immédiatement; en 1927, le caractère change. C... devient susceptible et irritable, sa lucidité reste entière, son activité intellectuelle intense. Le 15 octobre, apparition subite d'un délire hallucinatoire après une discussion politique ardente.

Etat à l'entrée: Examen mental: Multiples hallucinations visuelles, auditives et psychomotrices: « Sa première femme lui verse un torrent d'injures aux oreilles, elle devine sa pensée, la lui crie aux oreilles, la lui fait dire lui-même..., lui fait prononcer des grossièretés. »

Examen somatique: Signes physiques de tabès.

Evolution: Traitement au stovarsol. Apparition de troubles

urinaires. Impaludation. Deuxième traitement de stovarsol. Persistance de l'état délirant et des troubles psycho-sensoriels, affaiblissement progressif des facultés; le malade continue à converser avec ses voix; son état physique décline; il se cachectise et meurt le 10 juin 1930.

L'autopsie n'a pas été pratiquée.

C. — Les Formes paranoïdes de la P. G. traitée

Le tableau clinique des psychoses tabétiques dans leurs formes paranoïdes hallucinatoires rappelle les complications ou transformations qu'on peut observer chez les paralytiques généraux après la malariathérapie.

L'étude de ces troubles post-malariques est récente. GERSTMANN les a signalés le premier en 1921 et, à sa suite, divers auteurs, parmi lesquels VERMEYLEN et VERVAECK, LEROY et MÉDAKOVITCH, TRUELLE et CAZALIS, P. MASQUIN et J. BOREL leur ont consacré des articles d'un haut intérêt dans diverses revues.

Syndrome mental

Au point de vue clinique, le tableau de la P. G. se transforme d'une façon presque constante, tant au point de vue de la démence fondamentale que des délires qui se greffent sur elle. Les délires dits « secondaires » à la malariathérapie doivent être étudiés non point tant en eux-mêmes que par rapport au fonds mental, plus ou moins modifié suivant le degré de rémission.

Les « **psychoses de la période fébrile** » rappellent la confusion onirique. Les troubles hallucinatoires polysensoriels

sont fugaces, changeants. Le délire est pauvre. L'évolution est des plus variables. En dehors des idées fixes post-oni-riques qui peuvent disparaître avec la rémission, ou à l'op-posé, avec la réapparition progressive ou subite (par ictus) de la démence, on peut voir apparaître un délire qui, dans les mêmes conditions, peut à son tour disparaître, mais aussi persister sous forme d'un délire chronique mal sys-tématisé — paranoïde, comme l'a appelé OBREGIA en 1923 — délire de persécution le plus fréquemment.

Les « **psychoses tardives** » ou paraphrénies paralytiques surviennent plus ou moins longtemps après la période fé-brile. D'apparence clinique polymorphe suivant le fonds mental qu'a créé la malariathérapie, elles prennent l'allure de psychose chronique systématisée, de psychose halluci-natoire chronique classique, ou de délire paranoïde.

En l'absence de renseignements sur les antécédents, le diagnostic peut être rendu difficile, si les symptômes neuro-logiques et liquidiens ont régressé parallèlement.

Syndrome biologique

BERTRAND, PERON et ELO ont bien étudié les améliora-tions humérales. La formule rachidienne se modifie assez rapidement, surtout en ce qui concerne les éléments leu-cocytaires (CLAUDE). On note assez constamment la dimi-nution précoce de la lymphocytose, signe le plus souvent unique pendant une longue période. Dans les cas favora-bles il se produit tardivement une négativation de l'hyper-albuminose, puis l'atténuation et même parfois la réduc-tion complète du Wassermann et de la réaction de Lange (Adolpho MASSAZZA).

Le Professeur d'HOLLANDER (de Louvain) voit dans le rapprochement de la normale des réactions céphalo rachidiennes la preuve de l'efficacité thérapeutique, et BENVENUTI MARINO en fait un bon pronostic. Mais les normalisations humorales ne s'effectuent pas parallèlement entre elles et ne progressent pas en même temps que l'amélioration clinique. Elles coïncident parfois avec un état stationnaire ou même une aggravation des troubles psychiques et somatiques. En général, plus le temps s'écoule et plus le parallélisme tend à s'établir entre les manifestations cliniques et humorales.

Syndrome anatomo-pathologique

Il comporte trois types de lésions:

1° Lésions vasculaires. Endo et périvascularite surtout marquée chez les sujets morts pendant les accès;

2° Lésions interstitielles. Hyperplasie de la névroglie cellulaire, autour ou dans le voisinage des vaisseaux;

3° Lésions cellulaires. Figures de neuronophagie, raréfaction des cellules nerveuses, noyaux excentriques, cytoplasme en chromatolyse ou vacuolaire (PAULIAN et BISTRICEANU).

W. BRUTSCH pense qu'il y a probablement connexion intime entre la P. G. stationnaire avec hallucinations auditives et une affection spéciale de la couche inférieure du cortex du lobe temporal. WILMANN et RANKE, trouvant des lésions prédominantes à ce lobe, établissent une corrélation intime entre le substratum anatomique et les perturbations mentales; HERMANN et HERNHEISER décèlent à l'encéphalo-

graphie une atrophie temporale que GERSTMANN montre à l'autopsie.

Pour LEROY et MÉDAKOVITCH et A. MARIE, la malaria entraîne la transformation du processus diffus de méningo-encéphalite en un processus plus localisé de syphilis cérébrale et la transposition de l'attaque du lobe frontal au lobe temporal explique le changement des symptômes et en particulier l'apparition des hallucinations (DESJARDIN et TARGOWLA, BRUCK et WALTER).

Pour WILSON, dans l'évolution anatomique des psychoses post-malariques, on doit considérer trois phases: 1° Phase précoce d'exacerbation où le processus paralytique paraît plus agir; 2° Phase de restitution débutant environ six semaines après la fin des accès; 3° Phase de recrudescence plus tardive. Dans ces dernières phases, aux réaction paralytiques essentiellement diffuses, succèdent des altérations limitées, condensées, ayant l'aspect histologique de processus gommeux syphilitiques. JACOB et LHERMITTE avaient déjà signalé la fréquence de ces gommes miliaires. Pierre BOURGEOIS a depuis vérifié à l'autopsie l'arrêt de la dégénérescence et l'organisation des tissus malades, marque d'une meilleure défense.

Pathogénie

C'est, à l'heure actuelle, une question bien plus discutée que la symptomatologie clinique, biologique ou anatomo-pathologique.

Les uns, avec GERSTMANN, puis MARTINEZ, mettent en cause l'action prolongée du paludisme, toxique et anémiant, sur les lésions atrophiques des cerveaux syphilitisés.

Les autres, avec LEROY, MÉDAKOVITCH, MONIER, croient à la survivance de l'hématozoaire (positivité de la réaction de Henry dans 60 % des cas) et préconisent l'emploi de la quinine à hautes doses.

La plupart, avec Aimé COLIS, VERMEYLEN et VERVAECK, croient à la transformation en un processus de syphilis cérébrale localisée. S.-P. JAMES partage ces vues car, dit-il, le délire apparaît malgré les doses les plus fortes de quinine (TRUELLE et CAZALIS). Le traitement malarique aurait pour effet d'atténuer l'inflammation diffuse, qui ne subsisterait qu'en quelques points de plus grande résistance de l'infection tréponémique.

Pour nombre d'auteurs, il existerait un véritable antagonisme entre les symptômes paralytiques typiques et les phénomènes hallucinatoires atypiques. Ces derniers se présenteraient comme des manifestations psycho-pathologiques de métamorphose régressive du processus paralytique sur la voie d'une rémission totale ou d'un état stationnaire.

L'idée d'une transformation de la syphilis paralytique en une syphilis simple de type allergique normal, plus accessible au traitement, est corroborée par quelques publications de LEROY et MÉDAKOVITCH, GUIRAUD et CARON, LAIGNEL-LAVASTINE.

Cette théorie rapproche ces formes de psychoses post-malariques des syphilopsychoses étudiées dans la première partie de ce travail et, pour NYSEN, les formes hallucinatoires isolées par PLAUT appartiennent vraisemblablement à un groupe très voisin.

OBSERVATION XXIX

(Personnelle)

T... Silvio, sujet italien, né le 17 mai 1878, fraiseur, entre à l'Asile, le 5 juin 1929.

Antécédents héréditaires et collatéraux non connus.

Antécédents personnels: N'aurait jamais été malade.

Débuts des troubles mentaux: Ils remontent à un mois avant l'internement. Le malade cesse tout travail, il effectue des dépenses exagérées, refuse de les payer, vole et frappe les commerçants, il tente de mettre le feu à son mobilier, menace sa femme et sa fille d'une hache; il aurait présenté des idées suicide.

Etat à l'entrée:

Examen mental: Excitation cérébrale avec loquacité, euphorie marquée. Orienté dans l'espace et dans le temps; attention facile, mémoire satisfaisante; manifeste de très nombreuses idées délirantes de richesse et de puissance.

Examen somatique: Réflexes patellaires vifs, mais peu amples, inégalité pupillaire avec absence de réaction à la lumière décoloration des iris. Parole empâtée avec achoppements rares.

Examens biologiques:

Sang: S. n. ch.: +

L.C.R.: B. W.: + + + + +

S. ch: —

Lymp.: 14

Mein.: —

Alb.: 0 gr. 65

Le diagnostic de paralysie générale se trouve ainsi confirmé.

Evolution: Premier traitement du 22 août au 26 décembre, 21 gr. de stovarsol; 3 janvier 1930, impaludation: 10 accès francs, du 11 au 26 janvier; maximum de température: 40°

en moyenne; fièvre coupée par deux injections de 0 gr. 50 de stovarsol.

Pendant le cours de l'année 1930, état mental stationnaire, affaiblissement global des facultés, légère régression des idées délirantes; néanmoins incapable de se diriger, et nécessitant toujours une surveillance étroite.

Pendant l'année 1931, *le malade devient très halluciné*, soliloquant sans cesse et manifestant un violent délire de persécution et de jalousie. Malgré tout, le malade, docile, est facile à surveiller. Cet état persiste encore actuellement.

OBSERVATION XXX

G... Joseph, 38 ans, entre à l'Asile, le 1^{er} octobre 1933, pour troubles mentaux avec agitation et délire.

Antécédents héréditaires, collatéraux et personnels: Rien à signaler, aux dires de la famille.

Examen mental: Attitude correcte, apparence figée, regard inquiet et soupçonneux, attention diffuse, réponses monosyllabiques monotones. Désorientation, obtusion intellectuelle, insconscience de son état, approbativité. Aucune idée délirante de satisfaction, de force, de grandeur ou de richesse.

Examen somatique: Réflexes patellaires vifs. Achoppements aux mots d'épreuve, réactions pupillaires normales.

Examens biologiques:

Sang: S. n. ch.: + + +	L.C.R.: Wasser.: + + + + +
S. ch.: + 15	Alb.: 0 gr. 60
Mein.: +	Lymph.: 80 et monos. 7
Urée: 0 gr. 65	Benjoin: 22222 22222 20000

Evolution: Traitement anti-syphilitique énergique. Arsenic et bismuth. Etat mental sans changement. Impaludation par voie intraveineuse le 28 novembre, la fièvre est coupée après 8 réactions à 40° et 41°. 15 jours après, diminution de la

confusion mentale et de l'obnubilation intellectuelle, le malade qui parle plus facilement fait part à son médecin de *nombreux troubles psychosensoriels*, hallucinations auditives : « On me parle de mon passage dans les armées. Ce sont des voix d'hommes, celles de mes anciens chefs ». Traitement d'arsaminol, 52 cc. du 25 janvier au 7 mars 1934 : amélioration considérable avec léger déficit intellectuel ; le malade s'occupe à l'Asile avec activité. Il a conscience d'avoir eu des hallucinations visuelles au début de sa maladie et des hallucinations auditives au cours et après l'impaludation. Le traitement arsenical les a fait complètement disparaître.

Le malade est suffisamment amélioré pour sortir de l'Asile, en fin avril 1934.

Les Formes paranoïdes d'emblée de la Paralyse générale

Nous avons vu que, par bien des points, l'on peut trouver un rapprochement entre les psychoses hallucinatoires des syphilitiques, les formes paranoïdes de la syphilis cérébrale, les psychoses tabétiques et les psychoses post-malariques.

Mais si, pour ces dernières, la psychose de la période fébrile ne diffère point des bouffées hallucinatoires d'origine toxi-infectieuse ou par irritation cortico-méningée, les psychoses tardives semblent se rapprocher plutôt des formes délirantes spontanées de la paralysie générale, et les thérapeutiques actuelles voient se fixer, se systématiser et prendre l'allure chronique les délires des paralytiques autrefois voués à une rapide disparition du fait de la démence évolutive. Ces psychoses post-malariques rejoignent ainsi les formes atypiques de paralysie générale décrites au cours de méningo-encéphalites à évolution lente ou à rémission spontanée.

Celles-ci ont fait l'objet de multiples études de la part d'auteurs dont les opinions sont bien différentes. En effet, pour les uns, la paralysie générale ne donne pas d'hallucinations; ou les troubles psychosensoriels, s'ils existent, ne sont pas dus à la méningo-encéphalite. Pour les autres, les hallucinations existent, mais sont rares. Pour d'autres enfin — la grande majorité — les hallucinations sont fréquentes.

C'est SISTERAY qui semble avoir, le premier, décrit les délires de persécution des P. G. (1873). BAILLARGER (1879), DUTERQUE (1880) constatant ces formes anormales n'insistent pas. L'attention n'a été attirée sur la question qu'en 1888, par ARNAUD, qui consacre à cette étude, pour le prix ESQUIROL, un long mémoire, analysé par ROUILLARD. KLIPPEL et MARANDON DE MONTYEL (1890), MAGNAN et JANET (1896) publient des cas nouveaux et FERENCZI, en 1902, emploie pour les désigner le terme « paranoïde. »

Après les recherches de SAMELAIGNE (1903), SÉRIEUX et DUCOSTÉ (1907), GELMA et LERAT (1908), SÉGLAS (1909), LEGRAIN (1910), ROUDNEFF (1913), PACTET et COURJON, JEOFFROY et MIGNOT, BOREL et CEILLIER (1914), les hallucinations apparaissent fréquentes pour qui les cherche, et ALBÈS décrit les psychoses hallucinatoires qui masquent la lente évolution d'une P. G.

Parmi les noms récents, nous devons citer : Mlles PASCAL, SERIN; MM. CAPGRAS, COLIN et SARAZIN, VERMEYLEN, BEAUDOIN et MOIGNEAU, LEROY et ABELY, MARIE et EY, WOLFF, TARGOWLA et RUBENOVITCH, LAIGNEL-LAVASTINE et P. KAHN, HEUYER, ARMAND, DUPOUIS, etc.. Cette longue liste n'a pour prétention que celle de montrer l'importance des formes anormales de paralysie générale que souligne d'ailleurs le chiffre des statistiques qui les concerne: 36 % des cas en moyenne (DUCOSTÉ).

Syndrome mental

La forme habituelle est celle d'un délire hallucinatoire chronique.

Les hallucinations sont multiples: on note, le plus souvent, des hallucinations auditives, et moins fréquemment des hallucinations visuelles (WALDEIMAR et ALMEIDA). Mais, si les hallucinations du goût et de l'odorat, à caractères pénibles, sont plus rares, par contre, bien peu de malades ne se plaignent de troubles de la sensibilité générale. Sensations d'électrisation douloureuse. Hallucinations de la sphère génitale.

Les idées délirantes sont en général des idées de persécution. Les voix sont grossières et insultantes. Les persécuteurs épient le malade, suivent ses gestes et ses mouvements: ils inventent les tortures les plus machiavéliques pour le faire parler — avouer des fautes par exemple — ou pour le forcer à accomplir des actes odieux. Mais souvent, à côté de la voix haïe, une voix aimée se fait entendre. Elle prodigue des paroles de réconfort, des flatteries... Aussi, avec les idées de satisfaction, germe le délire de grandeur, sans qu'encore l'affaiblissement démentiel n'apparaisse aux observateurs les plus subtils. Dans certains cas, le délire prend une allure toute différente: délire de possession à forme de démonopathie interne (NATHAN et MAURICE), délire imaginatif, délire de jalousie, délire hypochondriaque.

Les réactions antisociales sont plus ou moins violentes: Elles vont des plaintes (hallucinations gustatives, olfactives) aux menaces, aux voies de fait (hallucinations auditives) à l'homicide (hallucinations visuelles, réactions de défense) ou, au contraire, à l'automutilation et au suicide (hallucinations sensorielles, hypochondrie).

Syndrome neurologique

Les signes nerveux ne sont, pour ainsi dire, jamais absents; Dysarthrie, Signe d'Argyll, tremblements des doigts et des muscles péribuccaux. Ils peuvent passer au premier plan au cours des crises hallucinatoires: petites secousses convulsives limitées à un côté de la face et simulant l'hémispasme facial ; épilepsie Jacksonienne limitée à la face ; céphalées et douleurs oculaires, accidents épileptiques, ictus épileptiformes.

Syndrome biologique

Les signes de paralysie générale, également assez constants, permettent d'affirmer l'atteinte tréponémique du névraxe: lymphocytose rachidienne avec hyperalbuminose. B.-W. +, flocculation du benjoin dans la zone paralytique.

Syndrome anatomo-pathologique

L'autopsie des formes paranoïdes montre l'existence d'une méningo-encéphalite diffuse couvrant parfois en placards le centre de l'audition. Ces plaques causent alors, par une influence tantôt irritative et tantôt inhibitrice, des manifestations diamétralement opposées: symptômes d'excitation sous formes d'hallucinations presque permanentes et symptômes d'inhibition ou surdité verbale (SÉRIEUX et MIGNOT). En général, les rares examens histologiques de cerveaux effectués chez les P. G. hallucinés ont montré des

lésions accentuées en foyers du lobe temporal (GERSTMANN, HERMANN, BRUTET, HERNEISER, WALTER) et beaucoup d'auteurs sont d'accord pour reconnaître la prédominance des lésions au niveau des centres sensoriels corticaux... ce qui semble, pour eux, confirmer l'hypothèse de TAMBURINI sur l'origine corticale des hallucinations.

Pronostic et traitement

Le pronostic est celui de l'encéphalite qui conditionne le délire.

Celui-ci peut devenir chronique pour de bon et persister presque indéfiniment si le processus encéphalitique ne s'éteint pas. Il peut de même disparaître si la P. G. tend à la guérison, ou se dissoudre peu à peu dans la démence si l'activité inflammatoire se réveille. La similitude de ce pronostic avec celui des « délires secondaires post-malariaux » s'explique par le retour, pour ces derniers, sous l'influence de la thérapeutique, d'un état délirant primitif et fugitif (BAILLARGER).

Si la fixité relative du processus de méningo-encéphalite améliore le pronostic « quod vitam » de la maladie, si l'évolution fatale se trouve retardée dans ces formes délirantes, le pronostic « fonctionnel », par contre, reste sombre, et toute thérapeutique échoue.

Le traitement semble avoir quelques bons effets au début, mais son action s'épuise vite. Aussi, certains chirurgiens n'ont-ils pas hésité à découper quelques bandes d'écorce cérébrale au niveau des centres affectés. Il semble bien que le bénéfice le plus net soit celui, bien discutable, d'avoir transformé un halluciné en aphasique.

Pathogénie et étiologie

Pour LWOFF et TARGOWLA, elles ne sont pas univoques. Ou bien le syndrome paralytique apparaît chez un délirant systématique (rare) ou bien le délire systématique apparaît, chez des prédisposés paranoïaques, au cours et sous l'influence de la P. G. Mais, ici les idées délirantes surviennent avant tout traitement spécifique et leur systématisation requiert, comme condition essentielle, une démence atténuée. On conçoit en effet que la démence globale soit incompatible avec la constitution idéique d'un délire systématisé (MASQUIN et BOREL).

Arrivés, avec les formes paranoïdes de la paralysie générale, au sommet de l'échelle des syphilis mentales hallucinatoires, nous terminons cette étude en donnant, à l'appui de nos assertions, quelques observations de malades, fruits de nos recherches bibliographiques, ou inédites et choisies à l'Asile de Maréville.

XXXI

CHRONOLOGIE DE LA VIE PATHOLOGIQUE

DE GUY DE MAUPASSANT

D'après l'étude de psychologie pathologique

du Docteur Lucien LAGRIFFE

1870-1876. — Excès vénériens; excès alcooliques.

1877. — Neurasthénie; saison aux eaux de Loèche,

1879. — Syphilis.
1880. — Iritis chronique avec exacerbations.
- 1883-1884. — Hantise de la folie, peur de la mort.
Hallucinations élémentaires de l'ouïe, diminution du sens critique.
1885. — Troubles gastro-intestinaux ; saison à Châtel-Guyon, changement de caractère, sensiblerie, malaises, insomnies, céphalalgies, dépression mélancolique.
1887. — Crises hallucinatoires, fausses interprétations, tendances au délire d'énormité, aux idées de négation et d'immortalité.
1888. — Devient irritable, processif, idées de grandeur.
1889. — Douleurs dans les membres inférieurs, crampes, migraines, faiblesses, impatiences nerveuses, fuite de la pensée, amnésie.
1890. — Irritabilité croissante, vagues idées de persécution, perte du sens critique, troubles de l'écriture et de l'expression, diminution des sentiments affectifs. Amaigrissement, état général de plus en plus mauvais.
1891. — Confirmation des idées de grandeur et de satisfaction. Travail intellectuel suivi désormais impossible, diminution marquée des sentiments éthiques. Idées délirantes de persécution, tentative de suicide.
1892. — Internement. Démence confirmée.
(*Annales Méd. Psych.*, 1908)

Remarque. — Dans une thèse inspirée par Monsieur le Professeur RÉMOND (1907), M. LACASSAGNE s'est efforcé de démontrer que la maladie dont souffrit et mourut Guy de Maupassant est le *délire systématisé progressif*.

OBSERVATION XXXII

(Personnelle)

Premier internement.

G^e. Emile-Aimé, 35 ans, entre à l'Asile de Maréville, le 7 juin 1927, pour neurasthénie avec tendances au suicide.

Antécédents héréditaires: Rien à signaler.

Antécédents collatéraux: Un frère aîné mort à Maréville, deux frères et sœurs morts de méningite.

Antécédents personnels: Bonne instruction primaire, a fait la guerre au Tonkin, à Salonique où il aurait contracté le paludisme; ne buvait pas. Plusieurs tentatives récentes de suicide, par arme à feu, par pendaison.

Etat à l'entrée.

Examen mental: Etat de dépression mélancolique avec craintes, idées d'accusation, hallucinations auditives : « Vas t'en, on te cherche. Ce sont les enfants des officiers allemands que tu as tués pendant la guerre qui te poursuivent. »

Examen somatique: Réflexes tendineux normaux, pupilles en myosis, légèrement déformées, réagissant bien à la lumière et à l'accommodation, facies rigide, inexpressif, sensibilité obtuse.

Examens biologiques:

Sang: Hecht.: +	L.C.R.: Wasser.: + + + + +
Calmette et Massol: +	Jacobsthal: +
Jacobsthal: +	Lymp.: 0,2
	Alb.: 0,45

Evolution: Inhibition psychique; délire de moins en moins évident. Deux traitements d'arsenic.

Rémission permettant la sortie de l'Asile, 6 juillet 1928.

Deuxième internement.

G... Aimé, 39 ans, entre à nouveau à l'Asile de Maréville, le 26 novembre 1930.

Examen mental: Idées délirantes de persécution et de grandeur très actives, excitation psychique, affaiblissement du jugement, inconscience.

Examen somatique: Facies figé, sans expression, réflexes patellaires paresseux, tremblements des doigts et de la langue, pupilles inégales, irrégulières, réflexes photo-moteurs abolis.

Examens biologiques:

Sang: S. n. ch.: + + +

S. ch.: + 10

Mein.: +

L.C.R.: Wasser.: + + + + +

Lymph.: 6

Alb.: 0 gr. 55

Benjoin: 11222 11000 00000

Evolution: Impaludation et traitement mixte stovarsol quinby. Rémission avec déficit, idées mal coordonnées de satisfaction et de richesse, absurdes et incohérentes, troubles psychosensoriels atténués.

OBSERVATION XXXIII

(Personnelle)

B... Edouard, 44 ans, entre à l'Asile, le 24 septembre 1925.

Etat à l'entrée :

Examen mental: Malade orienté, attention et mémoire satisfaisante, mais gros troubles du jugement; idées délirantes

de persécution entretenues par de multiples hallucinations; sensations de brûlures, de piqûres: « Je sens des gaz que l'on m'envoie dans la figure avec des machines électriques. Ce sont mes camarades de travail qui veulent à toute force me tuer avec ces machines-là; ils me lancent des poisons, de l'électricité, de mauvaises paroles dans les oreilles. »

Examen somatique: Tremblements accusés de la langue et tremblements très légers des doigts.

Les certificats d'internement portent le diagnostic de psychose hallucinatoire chronique secondaire à l'alcoolisme.

Examens biologiques:

Sang: S. n. ch.: + + +	L.C.R.: Wasser.: + + + + +
S. ch.: + 5	Lymph.: 8
Mein.: +	Alb.: 0,56.
	Benjoin: 221111 10000 00000

Diagnostic modifié: Méningo encéphalite chronique diffuse.

Evolution: Persistance d'un délire hallucinatoire chronique peu systématisé, affaiblissement intellectuel progressif, toujours aucun signe somatique de paralysie générale.

Décédé par ictus, le 9 février 1928.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

OBSERVATION XXXIV

(Personnelle)

B... Jeanne, entre à l'Asile de Maréville, le 26 janvier 1935.

Le *certificat d'internement* rédigé par un psychiatre averti 10 jours auparavant, mentionne: Automatisme mental, hallucinations auditives; écoute, subitement ouvre la fenêtre et crie: « Salope, fumier »; délire certain, a donné tout récemment son sang pour Nice. Aux questions, répond par: « Vous

le savez bien, tout le monde le sait ». Clausturation volontaire; insomnies, agitation nocturne.

Antécédents héréditaires: Père mort, prostatique. Mère vivante bien portante.

Antécédents collatéraux: 3 enfants morts sur 9: un tué accidentellement, un mort de convulsions à 7 mois, une sœur morte d'infection puerpérale.

Antécédents personnels: Syphilis acquise à une date indéterminée. Notion d'accident fébrile au mois de septembre 1934, au cours d'une excursion, refroidissement, cessation des règles, température élevée pendant 5 à 6 jours avec clochers dépassant 40°. Depuis cette date, céphalées violentes et continues, troubles du comportement.

Etat mental: Désorientation dans le temps et dans l'espace, troubles de la mémoire de fixation et d'évocation, inhibition psychique; lenteur des réponses.

Hallucinations polysensorielles, délire hypochondriaque et de persécution, puérilisme des réactions, sensiblerie et irritabilité morbide.

Etat physique: Amaigrissement marqué, réflexes rotuliens exagérés, réflexes achilléens diminués, inégalité et irrégularité pupillaire avec diminution marquée des réflexes lumineux. Tremblements généralisés, dysarthrie prononcée.

Réactions humorales:

<i>Sang:</i> S. n. ch.: +++	<i>L.C.R..</i> Wasser.: + + + + +
S. ch.: + 10	Lymph.: 3
Mein.: +	Alb.: 0 gr. 40
Urée: 0 gr. 20 0/00	Benjoin :
Acide uriq.: 0 gr. 063 0/00	22222 10000 00000
Vernes résorcine : 12	

Evolution: Affaiblissement intellectuel progressif.

OBSERVATION XXXV

(G. HEUYER et J. LACAN)

Mlle L..., 40 ans, entre à l'infirmierie spéciale, le 16 avril 1929, pour idées de la persécution et troubles de la conduite.

Antécédents héréditaires et collatéraux: Rien à signaler.

Antécédents personnels: Syphilis à 18 ans.

Examen mental: La malade se présente comme une hallucinée. Elle se plaint d'être surveillée, photographiée à travers les murailles. On fait de sa vie un film, « un film sonore ». Des voix la menacent de lui faire subir les derniers outrages, de la tuer. Les hallucinations génitales sont très intenses.

Le syndrome d'automatisme mental est au complet. Elle est en conversation avec des femmes. Parmi les voix, il en est de menaçantes, d'autres d'agréables.

Elle a des troubles cénesthésiques; on lui fait de l'électricité; on lui envoie des sensations combinées qu'elle compare à des fils d'une longueur démesurée.

Hallucinations olfactives : mauvaise odeur qui sent l'héroïne, l'éther, le coco.

Hallucinations gustatives : mauvais goûts qui sentent le vinaigre.

Délire de persécution mal systématisé; la police judiciaire, les soldats. Délire mégalomane.

Examen physique: Dysarthrie, tremblements de la langue et des doigts, vivacité des réflexes.

Examens biologiques:

L.C.R.: Wasser. +

Lymph.: 4

Alb.: 0,45

Benjoin: positif.

Le diagnostic de paralysie générale est ainsi confirmé.

Evolution: Persistance du délire hallucinatoire pendant 2 mois sans aucune modification. Affaiblissement dementiel.

OBSERVATION XXXVI

(Personnelle)

1... Joseph-Edouard, 37 ans, entre à l'Asile de Maréville, le 1^{er} juillet 1932.

Antécédents héréditaires et personnels: Rien à signaler.

Etat à l'entrée :

Examen mental: Gros troubles de l'attention et de la mémoire, sensiblerie et mobilité de l'humeur. Délire peu cohérent de persécution et de grandeur, hallucinations auditives: entend sa femme, ses enfants, le médecin de son pays, les voisins, et leur parle comme à des personnes réelles se trouvant à ses côtés.

Examen neurologique: Réflexes rotuliens vifs, lenteur des réactions pupillaires à la lumière sans inégalité ni déformation des pupilles.

Examens biologiques:

Sang: S. n. ch.: —

S. ch.: + 5

Mein.: +

L.C.R.: Wasser.: + + + + +

Alb.: 0 gr. 56

Lymph.: 16 et mono. 1

Benjoin: 22222 22221 000000

Evolution: Traitement par stovarsol, impaludation, sulfarsénol; rémission avec déficit intellectuel et fixation du délire préexistant.

OBSERVATION XXXVII

(Personnelle)

B... Guillaume, 42 ans, entre à l'Asile de Maréville, le 4 novembre 1927. Le certificat à fin d'admission mentionne de

l'affaiblissement intellectuel, des bouffées hallucinatoires intenses, des périodes d'excitation incohérente paraissant dus à une forme de paralysie générale anormale à localisation dans les zones sensorielles.

Examen mental: Agitation incohérente avec excitation violente. Troubles psychosensoriels multiples et délire actif de persécution: « Tout le monde lui en veut, on le traite, sans cesse, de tous les noms »; idées de satisfaction et délire mégalomane: « J'ai 17 citations, 4 légion d'honneur, 1 de chaque allié, une fortune en Angleterre, j'ai une caisse de décorations. »

Examen somatique: Signes de P. G.

Examens biologiques:

Sang: S. n. ch.: +	L.C.R.: Wasser.: + + + + +
S. ch.: +	Jacobsthal: —
Jacobsthal: +	Lymph.: 1
Mein.: +	Alb.: 0,35
Benjoin: 11222 21000 00000	

Evolution: Impaludation, traitement au stovarsol; affaiblissement démentiel avec désagrégation du délire et diminution des troubles psychosensoriels.

Examens biologiques:

Sang: S. n. ch.: —	L.C.R.: Wasser.: —
S. ch.: —	Lymph.: 0,3
Mein.: —	Alb.: 0,20
Benjoin: 00110 00000 00000	

OBSERVATION XXXVIII

(Personnelle)

P... Paul-Isidore, 57 ans, entre à l'Asile de Maréville, le 15 février 1930, pour « troubles mentaux, avec conduite incohérente. Se promenait tout nu dans son village. »

Antécédents héréditaires: Père vivant, 80 ans; mère morte à 58 ans, hydropique.

Antécédents collatéraux: 3 frères morts en bas âge, 1 frère vivant, se portant bien.

Antécédents personnels: Enfance malade. Bonne instruction, grandes facilités de travail, hypermnésie. Accès de folie à l'âge de 12 ans, dont il garderait de la faiblesse d'esprit. A fait son service militaire et la guerre. Inoculation vénérienne assez récente; aurait subi un traitement aux pilules mercurielles.

Etat mental à l'entrée : Se montre orienté, l'attention est facile à attirer et à diriger, les réponses faites de bonne grâce. Présente des idées délirantes de persécution: en particulier à propos de ses voisins, qui ont ruiné sourdement sa réputation. Hallucinations polysensorielles: un médium agit sur lui, c'est un facteur qu'il a jadis enseveli et par qui il est commandé; il entend sa voix, et, en particulier, il a reçu, de ce médium, l'ordre de se brûler à la flamme d'une bougie la région occipitale, afin d'en chasser une bête ou un autre médium qui le mordait. Il est assailli, par moments, d'odeurs ou de brûlures sur le corps. Enfin, il entend répéter ses propres pensées et le vent le pousse à parler.

Examen somatique et neurologique: On note des réflexes patellaires faibles; des pupilles déformées réagissant mal à la lumière, surtout à droite. Tremblements de la langue et des mains, pas d'achoppement, mais blésité légère. Une amputation accidentelle de l'index et du pouce gauche; brûlure volontaire du cuir chevelu.

Examens biologiques:

<i>Sang:</i> S. n. ch.: + + +	<i>L.C.R..</i> Wasser.: + + + + +
S. ch.: + 15	Lymph.: 28
Mein.: +	Alb.: 0,75

Evolution: En mars et avril 1930, est institué un traitement à l'arsaminol: 51 cc sont injectés du 21 mars au 15 avril.

Examens biologiques:

<i>Sang:</i> S. n. ch.: +++	<i>L.C.R.:</i> Wasser.: + + + + +
S. ch. + 15	Lymph.: 0,6
Mein.: +	Alb.: 0,56
	Jacobsthal: +

Aucun changement ne se produit dans l'état du malade pendant le cours de l'année 1930, persistance d'un délire hallucinatoire de persécution très actif.

On tente l'impaludation à deux reprises et sans succès.

L'affaiblissement intellectuel va en croissant; le malade est puéril, niaisement satisfait, parfois agité.

L'état physique est médiocre, il empire au début de 1932, et le malade meurt le 5 avril 1932.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

CHAPITRE V

**Réactions humorales
atypiques**

Les Réactions biologiques atypiques dans la P. G. et les Psychoses hallucinatoires

Tout syphilitique est candidat à la neuro-syphilis et le succès du traitement est en raison directe de la précocité avec laquelle on l'institue. Aussi l'étude du liquide céphalo rachidien, seul moyen de connaître avec certitude et précocité l'état des méninges, est-il de première importance pour la bonne conduite du traitement des syphilitiques.

A. SÉZARY, LEFÈVRE et JACQUET admettent qu'un syphilitique traité correctement pendant quatre ans après le début de l'infection et qui a eu un liquide normal après la première et la troisième année, est pratiquement mis à l'abri de complications. Le liquide pathologique, devenu normal par traitement, peut redevenir pathologique, si la thérapeutique ordonnée s'avère insuffisante, avant même l'apparition de signes cliniques de syphilis nerveuse.

C'est cette valeur pratique des examens du sang et du L. C. R. dans la syphilis, qui nous a fait adopter le critérium biologique pour notre classification des syndromes hallucinatoires syphilitiques.

Nous avons pu, ainsi, à travers de multiples intermédiaires, relier la psychose hallucinatoire syphilitique et la paralysie générale paranoïde, en assistant progressivement

à des modifications de plus en plus prononcées de la formule biologique parallèlement à une complexité croissante du syndrome neurologique, qui devient plus évident.

« Mais », nous dira-t-on, « même unis par cette échelle des psychoses syphilitiques, les deux affections de base, psychose hallucinatoire chronique d'une part, paralysie générale de l'autre, prises en soi, n'en sont pas moins différentes. Et, au point de vue biologique, la distinction en est aisée? ».

Certes! et du fait que toutes les formes intermédiaires peuvent se rencontrer entre deux maladies bien définies, il ne faudrait pas conclure à leur identité.

Et cependant, les psychiatres avertis reconnaissent qu'en certains cas le diagnostic de l'une ou l'autre forme peut être rendu hésitant, par l'incertitude des examens de laboratoire eux-mêmes:

On rencontre dans la littérature psychiatrique des cas nombreux de paralysie générale avec réactions humores partielles, atypiques, et parfois absentes.

Par contre, des délires hallucinatoires systématisés, liés à diverses altérations organiques, comportent un syndrome humoral. Au nombre de ces altérations organiques figure certainement la syphilis dans une proportion qu'il n'est pas possible de fixer. Il nous paraît opportun de rappeler de façon précise sous quelles modalités et dans quels états cliniques se présentent ces cas, encore considérés comme exceptionnels. Nous en tirerons argument pour étayer nos hypothèses concernant la psychose hallucinatoire chronique syphilitique.

I. — P. G. SANS REACTIONS HUMORALES

Si certains auteurs affirment, en matière de paralysie générale, la constance absolue du caractère positif des réactions, qu'ils considèrent comme nécessaire pour porter le diagnostic de cette affection, il est incontestable qu'il existe des cas authentiques de cette maladie où l'examen du liquide céphalo-rachidien n'a révélé aucune anomalie.

Les réactions humorales atypiques s'observent après le traitement malarique. Ce fait, connu et indiscuté, est une preuve de l'efficacité de la cure.

Mais il arrive que les réactions s'améliorent spontanément et rétrocedent complètement dans les rémissions dites « spontanées » (LÉVY et MÉDAKOVITCH). Bien plus, dans certains cas, la positivité des réactions dans le liquide céphalo rachidien fait défaut pendant tout le cours de l'affection:

1° Albuminose

Une forte albuminose peut exister, exceptionnellement, à l'état isolé avec augmentation du taux des globulines (CLAUDE) et cependant l'autopsie permet de vérifier le diagnostic clinique de P. G. L'hyperalbuminose est rarement absente (10 % des cas).

2° Lymphocytose

Lorsque le taux de l'albumine est normal, on ne constate jamais de lymphocytose. P. KAHN et MERCIER ont ob-

servé chez un ancien syphilitique de 38 ans qui, après plusieurs ictus, présenta un syndrome typique de P. G., un liquide sans lymphocytose ni hyperalbuminose. Il est remarquable, disent les auteurs, que, quelles que soient les lésions de l'encéphalite, il n'y ait pas de réaction méningée.

Roger DUPOUY a rapporté un cas, à peu près analogue, où le diagnostic de P. G. mélancolique délirante se trouvait contrarié par l'absence de lymphocytose, mais, pour LAIGNEL-LAVASTINE et DELMAS, cette absence sans doute transitoire, ne permettrait pas, à elle seule, d'écarter ce diagnostic.

3° Réaction de Wassermann

Le B. W., plus que la pléiocytose et l'hyperalbuminose, se montre en désaccord avec les données cliniques. Alors que, cliniquement, la nature syphilitique de l'affection ne souffre aucun doute, le B.-W. peut être négatif. Le fait, quoique peu fréquent (moins de 10 % des cas de P. G. atypiques) s'observe surtout dans les formes de début, et dans les formes lentes d'aspect paranoïde (HERMANN, HUREYER, de Berlin).

DESPOINT, au service de M. PACTET, en a observé un cas dans lequel la formule rachidienne était:

Albumine: 0 gr. 22.

Lymphocytes: 5.

B.-W.: —

Benjoin: 00000 22220 00000.

FRENEL et VUILLAUME ont noté, dans un autre cas, les chiffres suivants:

18 août. Albumine: 1 gr. Lymphocytes: 26. B.-W.: —
Benjoin: 11110 22200 00000.

8 septembre. Albumine: 0 gr. 50. Lymphocytes: 16
B.-W. —. Benjoin: 11000 22222 00000.

Pour BEAUSSART, la réaction de Wassermann ne serait positive que dans les périodes avancées. Pour CLAUDE, au contraire, elle aurait été positive à un moment donné, mais serait passée inaperçue.

On peut observer, par contre, des formes où le B.-W. positif constitue l'unique réaction du liquide céphalo rachidien. Chez les P. G. une telle anomalie paraît témoigner d'un processus parenchymateux torpide, peu inflammatoire, le plus souvent insensible au traitement (SÉZARY, BARBÉ et LÉVY).

4° Réaction de Guillain

Les anomalies que l'on observe dans la réaction du benjoin colloïdal consistent surtout en une floculation dissociée, ou une floculation dans la zone méningitique (TRÉNEL et VUILLAUME). Mais, il n'est pas exceptionnel de constater l'absence de toute floculation dans les tubes d'examen.

Dans ce cas, les autres réactions du liquide céphalo rachidien sont également négatives (Mlle SERIN, d'HOLLANDER, de Louvain). DUPOUY et PICHARD ont signalé le cas d'un malade syphilité seize ans auparavant qui, malgré le traitement, a vu évoluer une syphilis encéphalique après une phase hallucinatoire, sans qu'à aucun moment la nature

syphilitique ait pu être affirmée par les réactions du liquide céphalo-rachidien.

Formule: Albumine: 0 gr. 30; B.-W.: négatif; benjoin: 00000 00000 00000.

La P. G. sans syndrome humoral a fait le sujet d'études très approfondies de la part du Professeur CLAUDE, qui conclut que l'absence de réactions n'est pas une contre-indication à la cure malarique. MARCHAND estime, comme lui, qu'une réaction négative ne permet pas d'éliminer le diagnostic de syphilis nerveuse.

En résumé

Le diagnostic de paralysie générale peut, dans bien des cas, être entouré de difficultés, surtout au début, où la symptomatologie est fruste. Dans ces cas, où on attribue une grande importance aux indications fournies par le L. C. R., il arrive de trouver des réactions humorales tout à fait négatives, et des P. G. anatomiquement contrôlés ont eu parfois, des examens biologiques toujours négatifs.

II. — PSYCHOSES HALLUCINATOIRES AVEC REACTIONS HUMORALES

Deux cas sont à envisager:

a) Psychoses hallucinatoires accompagnant une affection organique dont les lésions sont manifestes et bien déterminées (méningites séreuses, tumeurs, encéphalite) ou moins

précises (états confusionnels, sclérose en plaques, psycho-encéphalites);

b) Psychoses hallucinatoires chroniques de type clinique classique et d'apparence constitutionnelle.

a) **La méningite séreuse** peut provoquer des hallucinations par le mécanisme de l'hypertension intra-crânienne (CLAUDE). Les phénomènes hallucinatoires d'allure épisodique s'accompagnent, en général, de concepts délirants, délire de persécution en particulier. Ils reparaissent synchroniquement avec une recrudescence de pression du L. C. R. et cèdent à la soustraction de ce liquide (CLAUDE, TARGOWLA, et LAMACHE). Celui-ci présente les caractères biologiques suivants:

Formule rachidienne: Hyperalbuminose sans hyperleucocytose; B.-W.: —. Benjoin: 00000 00000 00000.

Il est à noter que, dans certains cas, la réaction de Wassermann, chez des sujets sûrement non syphilitiques, peut se montrer positive (méningite de nature tuberculeuse, par exemple — Mario PAGLIARI).

Au cours de l'évolution des **tumeurs cérébrales**, des syndromes d'influence et des délires de persécution plus ou moins systématisés peuvent s'observer, d'une manière épisodique. Aux hallucinations visuelles (HORRAX et TRACY JACKSON PUTNAM), aux hallucinations auditives (CLAUDE et TARGOWLA), s'ajoutent des illusions et des interprétations délirantes de troubles dus à l'affection organique (ARSIMONLES et HALBERSTADT) comparables à celles que l'on a signalées dans le tabès (TRUELLE, PIERRET et ROUGIER), les

névrites (ANGLADE), la maladie de PARKINSON, la sclérose en plaques, etc... Les cas de tumeurs cérébrales se manifestant par des troubles mentaux rappelant la paralysie générale ne sont pas rares (tumeurs frontales, méningiomes temporaux)...

Le liquide céphalo rachidien montre la dissociation albumino-cytologique. Importante albuminose. Réaction cytologique nulle ou très discrète.

Les cas de syndromes hallucinatoires consécutifs à une atteinte inflammatoire du cerveau, à une **encéphalite**, apparaissent de plus en plus fréquents. Des exemples, aujourd'hui nombreux, sont rapportés pour l'encéphalite épidémique. (COURTOIS et MARÉCHAL). Cette question, d'un intérêt capital, ne peut être qu'effleurée dans ce travail; aussi ne nous contenterons nous de donner ici qu'un aperçu très général des syndromes hallucinatoires post-encéphalitiques. Ceux-ci peuvent se classer en trois groupes (CLAUDE et Ey):

- 1° Des états oniroïdes d'action extérieure;
- 2° Des délires à type paranoïde;
- 3° Des états hallucinatoires à type de délire d'influence.

Les hallucinations, le plus souvent multiples, surviennent par paroxysmes, s'accompagnant de délire et de réactions antisociales plus ou moins graves. Le délire disparaît avec le paroxysme et le malade reprend conscience de ses hallucinations (DUPOUY et PICHARD). Mais ce caractère épisodique, variable et inconstant, peut manquer et la maladie revêtir progressivement l'aspect d'une psychose hallucinatoire d'allure chronique rappelant le délire de MAGNAN (SCHIFF et COURTOIS) avec idées de persécution, idées de jalousie, de richesse.. (BARUK et MEIGNANT). Dans certains

cas, la psychose apparaît brusquement et complète d'emblée (HEUYER et LE GUILLANT, MARCHAND et PICARD).

C'est surtout le tableau de psychose hallucinatoire chronique que l'on retrouve au cours du parkinsonisme post-encéphalitique.

« Dans quelques cas, les sujets présentés par les auteurs sont, en plus, syphilitiques et ont un B.-W. positif. (A. WIMMER, J. COURTOIS et J. LACAN).

Certains **états confusionnels** symptomatiques d'encéphalites de nature encore inconnue, présentent un syndrome méningé humoral. Le diagnostic différentiel est à discuter avec la sclérose en plaques et la paralysie générale mais, d'une part, les signes neurologiques manquent; d'autre part, le B.-W. du L. C. R. est négatif. TINEL et CÉNAC en ont rapporté un cas à la S. C. M. M. (1923), où le délire se systématisant secondairement donnait l'impression d'une psychose hallucinatoire chronique de pronostic réservé (lymphocytose intense). TRUELLE, dans la discussion, rappelait un cas analogue survenu chez un syphilitique (120 lymphocytes à la cellule de Nageotte). COURTOIS et Mlle ANDRÉ, PUECH et BELEY en ont publié d'autres cas par la suite. Dans celui de DUPOUY, COURTOIS et DUBLINEAU, les examens de laboratoire, pratiqués à dix jours d'intervalle, donnèrent les résultats suivants:

Alb.: 0 gr. 60; Pandy et Weibrocht: —; leuco: 75; benjoin: 10000 22220 00000; B.-W.: —

Alb.: 0 gr. 60; Pandy et Weibrocht: traces; leuco: 70; benjoin: 10000 02222 00000; B.-W.: —

Alb.: 0 gr. 20; Pandy et Weibrocht: —; leuco: 20; benjoin: 00000 02220 00000; B.-W.: —

Dans certains cas le B. W. se montre positif.

La **sclérose en plaques**, dans le polymorphisme de ses symptômes psychiques, peut simuler la paralysie générale (M. LANNOIS et E. BENOIT) avec ses troubles de l'intelligence, de l'attention et de la mémoire. Mais, plus fréquemment, elle se présente avec l'allure d'un délire hallucinatoire systématisé (P. GUIRAUD). Les hallucinations sont multiples: audatives, visuelles, cœnesthésiques (P. GUIRAUD et X. ABELY). Le délire peut apparaître par bouffées, avec crises d'épilepsie bravais-jacksonienne (SALOMON) ou s'installer progressivement avec des troubles nerveux minimes, donnant à l'affection l'allure d'une P. H. C., avec délire de persécution et de grandeur (OMBREDANNE). Pour MARCHAND, le stade hallucinatoire s'explique par le caractère inflammatoire des plaques, au début, l'affaiblissement mental progressif terminal ressortissant à la sclérose du névraxe.

Mais, ce qui vient compliquer singulièrement le diagnostic différentiel et étiologique de l'affection, c'est le rôle joué par la syphilis en certains cas: en 1907, après une étude bibliographique des différentes opinions écrites à ce sujet jusqu'alors, CATALA concluait à l'origine spécifique fréquente du syndrome. Depuis, les recherches n'ont fait que confirmer cette hypothèse.

Cliniquement, ou bien il s'agit d'une paralysie générale réalisant un syndrome de sclérose en plaques (1), ou bien d'une sclérose en plaques simulant une paralysie générale (2); ou la sclérose en plaques relève directement d'une syphilis acquise (3) ou héréditaire (4). L'étude histopatho-

(1) CHARCOT, 1892, JUQUELIER et FILASSIER, BERTRAND, PÉRON et ELO.

(2) TARGOWLA et OMBREDANNE, Mlle SPRINGLOVA.

(3) DE PAOLI, ALLEMADE, SEPICH, SPOTAN, BOLLET, MARQUEZY, DEVIC, BERNHEIM, WESTPHAL, BECHTEREW, SIEMERLING et SEZARY.

(4) DEVIC et BERNHEIM.

logique des lésions, corroborée par l'étude expérimentale (1), confirme les constatations humérales.

Enfin, ces cas de sclérose en plaques syphilitique sont curables par Novarsénothérapie (2) et par le Muthanol (3).

Le liquide céphalo rachidien présente une formule assez spéciale. Pas de réactions cytologiques ou hypercytose légère, albuminose normale ou hyperalbuminose. Réaction des globulines négative. Réaction de Lange à l'or colloïdal positive. Réaction de GUILLAIN au benjoin colloïdal positive. B.-W. négatif. Les modifications sont plus marquées dans les scléroses en plaques syphilitiques, où la réaction de B.-W. s'affirme positive.

A côté de ces maladies mentales, où le diagnostic repose sur des troubles à la fois neurologiques et mentaux, et qui répondent au terme de « psycho-encéphalite » par lequel les a désignées MARCHAND, les « encéphalites psychosiques » revêtent la forme d'une véritable psychose constituant à elle seule tout le tableau clinique.

Suivant leur évolution, MARCHAND groupe celles-ci en trois classes: aiguës, subaiguës et chroniques. Ces dernières, psychoses paranoïdes, apparaissent chez des sujets précédemment atteints d'une affection aiguë du névraxe; encéphalite psychosique aiguë, poliomyélite, tuberculose, syphilis, etc...

Ces psychoses, qui réalisent des syndromes mentaux presque purs, révèlent néanmoins l'atteinte des centres nerveux supérieurs, à l'analyse du liquide céphalo rachidien

(1) DA FANO (1921), Auguste PETIT (1922).

(2) DEVIC et BERNHEIM; PERRIN, de Nancy.

(3) Henri DUFOUR.

par des signes plus ou moins discrets et passagers (albuminose, lymphocytose du début... par exemple).

b) Contrastant avec les psychoses hallucinatoires que nous venons d'étudier, et dont l'origine organique était nettement perceptible, la **Psychose hallucinatoire chronique** considérée jusqu'ici comme psychose essentielle, est le type de l'affection proprement « constitutionnelle ». La biopsie *in vivo* du névraxe, par l'étude du liquide qui le baigne, montre cependant, en certains cas, une atteinte lésionnelle que jusqu'ici peu d'auteurs ont reconnue.

Récemment cependant, certains psychiatres, se posant comme nous la question d'une origine organique de la psychose hallucinatoire chronique, en ont cherché la preuve dans l'étude détaillée du liquide céphalo-rachidien à diverses périodes de l'affection (DIDE, COURTOIS, etc...)

La lymphocytose est rare. L'hyperalbuminose, plus fréquente, est discrète: 0 gr. 40 à 0 gr. 60. Le B.-W. + peut s'observer dans les cas où il est permis d'envisager entre la psychose et la syphilis un rapport de causalité. Mais c'est surtout la réaction du benjoin colloïdal que l'on voit modifiée. MM. Paul ABELY, J. ROYER et Ch. DURAND se sont particulièrement attachés à l'étude de cette question. Le résultat de leurs recherches a fait l'objet d'une communication à la Société Médico-Psychologique il y a un mois à peine (25 février 1935). Voici leurs conclusions:

« L'extension de la précipitation du benjoin colloïdal dans les tubes situés à droite de la zone médiane, précipitation de type dite méningitique, se rencontre dans divers syndromes mentaux, où l'on peut retrouver à la base une

origine organique ou toxi-infectieuse. Elle y est habituellement précoce et fugace. Dans la psychose hallucinatoire chronique, on la rencontre dans plus de un tiers des cas. Elle y est au contraire tardive et tenace. Dans une forme identique, mais avec un mode d'apparition différent, on la retrouve dans la psychose de Korsakoff, dans certaines paralysies générales modifiées par le traitement ou d'évolution clinique particulière (forme hallucinatoire). Ce symptôme humoral est l'indice d'une réaction méningée qui ne se manifeste parfois par aucun signe clinique. »

En résumé, il existe des P. G. atypiques sans signes humoraux, et des P. H. (en particulier des P. H. C.) présentant un syndrome humoral. Il est superflu d'insister d'avantage sur la difficulté de diagnostic de certains cas, où ces syndromes peuvent se masquer l'un l'autre, et l'anamnèse permettre seule de résoudre le problème.

Nous donnons, pour finir, un exemple de ces cas litigieux :

OBSERVATION XXXIX

d'après la communication de MM. ABELY, J. ROYER et DURAND

Le malade entre à l'Asile de Villejuif en 1932, avec le diagnostic de psychose hallucinatoire chronique, venant de l'Infirmerie spéciale du dépôt. Dans le certificat immédiat, le Docteur GUIRAUD n'ayant pas encore pratiqué l'examen du L.C.R., n'osant pas affirmer d'emblée un diagnostic définitif, et en l'absence complète de signes neurologiques, note : « Syndrome hallucinatoire chronique », ajoutant d'ailleurs

« probablement par syphilis encéphalitique ». A la quinzaine, il précise le diagnostic de P.G., car l'examen humoral a donné les résultats suivants :

Sang : B. W. +

L.C.R. : Wasser. +

Benjoin : 12221 22222 10000.

Ce malade a été impaludé et soumis à un traitement chimique.

Aujourd'hui, dans les lettres qu'il écrit, apparemment sensées, en tout cas d'allure cohérente, bien calligraphiée, il se présente comme un délirant halluciné chronique typique, et rien ne pourrait permettre de poser un autre diagnostic, si l'on ne connaissait pas les antécédents humoraux.

A la date du 6 février 1935, son benjoin colloïdal est devenu : 00000 02222 10000. Le B. W. est actuellement négatif.

CHAPITRE VI

Discussion et Conclusions

Discussion

L'étude toute nouvelle des psycho-encéphalites a montré que ces états sont liés à des processus encéphalitiques en activité, d'allure d'ailleurs extrêmement lente et atténuée, mais tenaces et susceptibles de reprises pendant de longues années.

Pour la psychose hallucinatoire chronique, on a coutume de fixer un pronostic d'incurabilité. Et cependant, de temps en temps, on peut assister à une guérison quasi-absolue de l'état mental. Les tendances modernes cherchent à rapprocher les psychoses hallucinatoires chroniques des autres syndromes mentaux, surtout d'origine toxique ou infectieuse. On peut, tout au moins, admettre comme hypothèse de recherches que les délires systématisés des auteurs classiques sont des formes résiduelles de délires transitoires n'ayant pas guéri (psychose hallucinatoire chronique secondaire à l'alcoolisme par exemple) ou la traduction d'atteintes cérébrales très torpides chroniques d'emblée.

Il nous paraît presque superflu de rappeler ici les travaux de G. DE CLÉRAMBAULT sur l'automatisme mental. Dédaigneux des théories en cours et à la mode, G. DE CLÉRAMBAULT a groupé les symptômes hallucinatoires, épars et disparates, dans le syndrome d'automatisme mental, dont il a fait le noyau essentiel de toutes les P. H. C. et la base des délires explicatifs puis auto-constructifs de ces psychoses.

D'après lui, « le phénomène hallucinatoire est primitif et primordial, et ce n'est pas dans l'idéation ni même dans l'affectivité qu'il faut chercher la cause de la psychose. Celle-ci reconnaît une origine histologique, elle est le résultat de processus mécaniques extra-conscients, et non des produits de la conscience. Ces processus sont eux-mêmes séquelles de lésions infectieuses, toxiques, traumatiques ou sclérosantes, séquelles cependant les plus tardives, les plus subtiles et les plus systématisées de toutes les séquelles neurologiques.

« L'affectivité est passive par rapport aux causes organiques dans la P. H. C., elle n'est pas la « primum movens » : Elle n'est même pas la « primum patiens »... Dans la P. H. C., la démence terminale prouve une lésion histologique, mais cette lésion n'est pas destructive d'emblée, et elle projette en avant d'elle une aréole d'incitation, par laquelle, seule, pendant longtemps, elle se révèle. »

Justement séduits par l'originale conception du maître de l'Infirmierie Spéciale, conception si bien en accord avec les progrès réalisés dans la voie de l'origine organique des états mentaux, de nombreux psychiatres ont entrepris de déterminer la nature de l'affection causale du syndrome d'automatisme mental.

La tuberculose, l'encéphalite épidémique, des affections à ultra-virus inconnus ont pu être invoquées avec des arguments de plus en plus convaincants. Il n'y a aucune raison pour que la syphilis ne joue pas son rôle dans le déterminisme du syndrome.

Mais la notion de prédisposition, toujours présente en pathologie mentale, nous paraît devoir conserver, en ma-

tière de psychose hallucinatoire chronique, toute son importance: la constitution paranoïaque est certainement fréquente.

C'est par l'intermédiaire de lésions encore indéterminées et sûrement discrètes, que la syphilis peut donner naissance à ce noyau organique de la psychose hallucinatoire chronique. De là ces formes de P. H. C. chez des syphilitiques présentant un syndrome humoral fruste, positif dans le sérum, négatif dans le L. C. R. De là aussi toutes ces formes hallucinatoires, où l'on voit se constituer un syndrome humoral de plus en plus complet, et apparaître progressivement le syndrome neurologique de la maladie de Bayle.

Une telle conception est-elle seulement hypothétique? Les faits cliniques rapportés par les auteurs en établissent au contraire la réalité et nous poussent à croire que la P. H. C., quand elle est d'origine syphilitique, peut être considérée comme une séquelle éloignée d'une inflammation encéphalo-méningée plus ou moins aiguë, et souvent passée inaperçue, de la période secondotertiaire.

En dehors des preuves tirées de l'analyse biologique, **l'épreuve du traitement** vient confirmer cette manière de voir.

Parfois un traitement adéquat comporte un succès marqué; c'est ainsi qu'en certains cas, le salicylate de soude et les novarsénobenzols ont considérablement amélioré, voire guéri des psychoses hallucinatoires systématisées et d'allure chronique.

TINEL, en 1929, a noté l'amélioration d'un syndrome hallucinatoire de persécution et d'influence par ce traitement, avec passage successif de l'hallucination à l'hallucinoïse, de

l'hallucinosc au mentisme, et du mentisme à l'état normal. La dose est de 1 gr. de salicylate de soude en injection intraveineuse, tous les jours pendant 10 jours au début, puis 3 fois par semaine pendant 15 jours. Cette cure est suivie de 15 injections intraveineuses de novarsénobenzol, de doses progressivement croissantes de 0,15 gr. à 0,60 gr.

« L'amélioration semble se produire plus franchement et plus rapidement par le traitement de 914. »

L'évolution régressive du syndrome, par la même méthode thérapeutique a, d'ailleurs, été vérifiée par HEUYER et SIZARET, CLAUDE, TARGOWLA et LAMACHE, TARGOWLA et OMBREDANE, PETIT et MONTASSUT, SCHIFF et POUFFARY, H. ROXO.

Il semble que le salicylate de soude agisse par ses propriétés antiseptiques, et l'arsenic par ses propriétés spécifiques et l'amélioration de l'état général qu'il provoque.

Conclusions

1° La psychose hallucinatoire chronique en dehors d'un élément constitutionnel d'importance variable, *prédisposition*, dont l'étude n'est pas du cadre de notre travail, reconnaît dans certains cas une *origine organique*.

2° Le syndrome d'automatisme mental de DE CLERAMBAULT, noyau fondamental de la psychose hallucinatoire chronique, paraît être la manifestation psychique essentielle d'une altération cérébrale; celle-ci est parfois évidente quand elle dépend d'affections neurologiques telles que : Tumeurs cérébrales, encéphalites épidémiques, infections à virus neurotropes inconnus, etc.

3° L'existence d'un délire plus ou moins systématisé au cours des affections syphilitiques du névraxe, notamment dans la paralysie générale paranoïde, est une des preuves les plus démonstratives de l'organicité du syndrome d'automatisme mental. Entre ce cas et celui où la psychose hallucinatoire, sans signes neurologiques ou biologiques actuels, a été précédée à plus ou moins long intervalle d'une syphilis certaine, on rencontre tous les intermédiaires.

4° Notre étude montre que la psychose hallucinatoire chronique est *parfois* d'origine syphilitique. Elle confirme

surtout l'opinion générale, qui veut que les psychoses syphilitiques revêtent *souvent* la forme hallucinatoire.

Pour cette raison, nous pensons avec GUIRAUD, qu'il faut demander aux spécialistes « de rechercher chez tous les malades atteints de psychose hallucinatoire chronique les signes d'encéphalite ou de syphilis, pour pouvoir apprécier le rôle des causes organiques dans l'éclosion de cette psychose. »

Index bibliographique

Index bibliographique

- X. ABELY et E. BAUER. — Démence paranoïde et syphilis cérébrale. — *Soc. Clin. de Méd. Ment.*, 22 juin 1925.
- ACHARD et GRENET. — Absence de lymphocytose au cours de la paralysie générale. — *Rev. Neur.*, 1905, N° 6.
- A. ALBES. — De quelques particularités observées dans un état hallucinatoire chez un paralytique général. — *Ann. Méd. Psych.*, 1913, tome I, p. 285.
- ALZHEIMER. — Die Syphilitischen Geistesstörungen. — *Centralb. f. Nervenheilkunde u. Psychol.*, 1909.
- G. ANGIOLELLA et R. GALDI. — Sur les psychoses de la syphilis. — *Annali de Nevrologia*, 1904.
- ANTHEAUME et ISCOVESCO. — Contribution à l'étude des troubles mentaux dans le tabès. — Prix Esquirol, avril 1895.
- ARSIMOLES et HALBERSTADT. — La paralysie générale juvénile. — *Ann. Méd. Psych.*, mai 1910.
- BAILLARGER. — Des hallucinations dans la paralysie générale. — *Ann. Méd. Psych.*, 1883, p. 92.
- BALDI. — Les psychoses chez les tabétiques. — XIX^e Congrès de la Société phréniaque italienne, Ferrare, 1930.
- G. BALLET et R. GLÉNARD. — A propos des troubles hallucinatoires et délirants observables chez les tabétiques. — *Soc. de Psych. de Paris*, 19 nov. 1908.
- BALLET et BARDE. — Lymphocytose rachidienne dans la syphilis. — *Soc. de Neurologie*, 15 avril 1908.

- A. BARBEAU. — Transformations psychosiques du syndrome mental chez les paralytiques généraux malarisés. — *L'Union Médicale du Canada*, février 1932, p. 266.
- P. BARDOL. — Les états hallucinatoires chroniques. — Thèse de Paris, 1926.
- F.-M. BARNES. — Troubles mentaux associés à la syphilis. — *Am. J. of. Insanity*, avril 1912.
- BARUK et MEIGNANT. — Syndromes hallucinatoires post-encéphalitiques. — *Soc. Psych.*, Paris, 20 déc. 1928.
- BEAUDOIN et MOIGNEAU. — Paralysie générale et délire hallucinatoire. — *Soc. Clin. Méd. Ment.*, 16 janvier 1928.
- E. BENOIST. — Syndrome paralytique ; Disparition des troubles mentaux ; Persistance d'une sclérose en plaques fruste. — *Soc. Clin. Méd. Ment.*, 21 juin 1909.
- I. BERTRAND, N. PÉRON et O. ELO. — Sclérose en plaques syphilitique chez un paralytique général impaludé. — *Soc. de Neurologie de Paris*, 18 février 1932.
- H. et E. BIANCANI. — Troubles psychiques et syphilis. — *Encéphale*, 1923, p. 40.
- BIRNBAUM. — Uber Geistesstörungen bei Hirnsyphilis. — *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 1908.
- BONFIGLIO. — Lésions particulières dans un cas de syphilis du névraxe. — *Rivista sperimentale de freniatria e Medicina legale delle alienazione mentale*, janvier 1908.
- BOREL et CELLIER. — Paralysie générale ayant débuté par des hallucinations psychomotrices verbales obsédantes avec tendance au suicide. — *Soc. de Psych. de Paris*, 19 février 1914.
- BOSCHI. — La tension intra-crânienne et ses rapports avec les névroses et les psychoses. — *Revista Sperimentale di Freniatria*, 1929, vol. LII, fasc. 3-4.

- BOUMAN. — Luetische Psychosen. — *Psych. und Neurolog. Blatten*, 1916.
- P. BOURGEOIS. — Notions nouvelles concernant la nature de la paralysie générale et l'action de la malariathérapie. — *Rev. Méd. Française*, déc. 1931.
- M. BRIAND. — Hallucinations à caractère pénible dans le tabès dorsalis. — *Soc. Méd. Psych.*, 28 déc. 1896.
- BUTTINO. — Des symptômes nerveux précoces dans la syphilis. — *Riv. di patologia ner. e mentale*, octobre 1906, p. 476.
- J.-B. BUVAT et C. VILLEY-DESMESERETZ. — Hallucinoze chez un paralytique général tabétique à la suite d'un traitement par la malaria. — *Soc. Clin. Méd. Ment.*, 20 janvier 1930.
- CAPGRAS et Mlle CULLERRE. — Parkinsonisme post-encéphalitique. — *Soc. Clin. Méd. Ment.*, 1926, I, p. 25.
- D. CAPUCCIO. — Un cas de psychose syphilitique. — *La riforma Medica*, 8 juin 1927, N° 23, p. 626.
- CASSIRER. — Tabès und psychose. — *Monographie*, Karger, édit., Berlin, 1904.
- CHLOPICKI. — Bouffée hallucinatoire et délirante dans le parkinsonisme post-encéphalitique. — *Rocznik Psychjatryczny*, Varsovie, 1931.
- CLAUDE. — La méningoencéphalite syphilitique aiguë des tabétiques. — *Encéphale*, 1912, tome II, p. 417.
— Etat hallucinatoire avec exacerbations périodiques symptomatiques d'une hypertension intra-crânienne. — *Soc. de Psych. de Paris*, 18 déc. 1913 ; *Encéphale*, 1914, tome I, p. 57.
— La paralysie générale sans syndrome humoral. — *Revue y Neurologii a psichiatrii*, Prague, vol. XXVIII, 1931.
— Mécanisme des hallucinations ; Syndrome d'action extérieure. — *Encéphale*, 1930, p. 345.

- CLAUDE, BARUK et VERVAECK. — Syndrome hallucinatoire visuel et auditif au cours du développement d'une syphilis oculaire et labyrinthique. — *Soc. Méd. Psych.*, 31 janvier 1927.
- CLAUDE, TARGOWLA et D. SANTENOISE. — Sur un cas de paralysie générale incipiens ; La phase présymptomatique. *Soc. Méd. Psych.*, 28 avril 1924 ; *Ann. Méd. Psychol.*, 1924, tome I, p. 428.
- CLAUDE, TARGOWLA et DAUSSY. — Psychose hallucinatoire chronique et syphilis nerveuse. — *Soc. Psych.*, 17 février 1927.
- CLAUDE, TARGOWLA et LAMACHE. — Délire hallucinatoire et hypertension intra-crânienne. — *Soc. Psych.*, 18 février 1926 ; *Encéph.*, 1926, p. 214.
- G.-G. DE CLERAMBAULT. — Syndrome mécanique et conception mécaniste des psychoses hallucinatoires. — *Ann. Méd. Psych.*, 1927, t. II, p. 399.
— Psychoses à base d'automatisme et syndrome d'automatisme. — *Ann. Méd. Psych.*, 1927, t. I, p. 193.
- G.-G. DE CLERAMBAULT et DRESLER. — Syndrome mécanique avec encéphalite épidémique. — Congrès des Médecins Aliénistes et Neurologistes de France et des pays de langue française ; XXXVII^e Session, Rabat, 1933.
- COLIN et SARAZIN. — Diagnostic difficile de paralysie générale. — *Soc. Clin. de Méd. Mentale*, 17 novembre 1919.
- A. COLIS. — Etude des formes psychosiques de la paralysie générale ; Essai de pathogénie des délires secondaires. — Thèse de Lyon, 1932.
- COMBEMALE et NAYRAC. — Réactions biologiques négatives chez un paralytique général avec contrôle anatomique. — Réunion Médico-Chirurgicale des Hôpitaux de Lille, 17 juin 1929.

- P. COMBEMALE et A. TRINQUET. — Démence vésanique chez un syphilitique, simulant la paralysie générale. — Réunion Médico-Chirurgicale des Hôpitaux de Lille, 25 juin 1928.
- COURBON. — Apparition soudaine d'une psychose au cours d'un traitement antisyphilitique. — *Bulletin de la Société Clin. de Méd. Ment.*, 1930, tome IV, p. 80.
- J.-G. COURTIER. — Contribution à l'étude du rôle étiologique et pathogénique de l'hérédo-syphilis dans les psychopathies de l'âge adulte. Document clinique. — Thèse, Nancy, 1929.
- A. COURTOIS et Mlle ANDRÉ. — Délire hallucinatoire chez une parkinsonienne encéphalitique. — *Soc. Méd. Psych.*, 8 décembre 1932.
- A. COURTOIS et André P.-L. BELEY. — Modifications du liquide céphalo-rachidien dans un cas de psychose hallucinatoire. — *Soc. Méd. Psych.*, 8 février 1934 ; *Encéphale*, 1934, p. 208.
- A. COURTOIS et BOREL. — Délire de négation chez un tabétique amaurotique. Syndrome humoral paralytique. — *Soc. Méd. Psych.*, 10 décembre 1931.
- A. COURTOIS et J. LACAN. — Psychose hallucinatoire encéphalitique. — *Soc. Clin. Méd. Ment.*, 17 février 1930.
- A. COURTOIS et P. MARESCHAL. — Délire hallucinatoire consécutif à une encéphalite aiguë. — *Soc. Méd. Psych.*, 21 mai 1931.
- A. COURTOIS, PICHARD et RUBENOWITCH. — Tabès amaurotique et troubles mentaux. — *Soc. Clin. Méd. Ment.*, 16 juin 1930.
- A. COURTOIS, PUECH et BELEY. — Syndrome hallucinatoire. Modifications du liquide céphalo-rachidien. — *Soc. Méd. Psych.*, 23 avril 1934 ; *Encéphale*, 1934, p. 495.

- A. COURTOIS et TRELLES. — Un nouveau cas de psychose hallucinatoire de nature encéphalitique. — *Soc. Clin. Méd. Ment.*, 15 avril 1929.
- DE COUX. — Méningites aiguës syphilitiques. Essai de classification. — Thèse de Paris, 1908.
- CROUZON, Mlle Cl. VOGT et P. DELAFONTAINE. — Les troubles cérébraux associés au tabès. — *Monde Médical*, 1^{er} janvier 1928.
- C. DA FANO. — Recherches expérimentales récentes sur l'étiologie de la sclérose en plaques. — *Journal of Nervous and Mental diseases*, vol. N° 5, p. 428, mai 1920.
- DAGONET. — Etude clinique sur le délire de persécution. — *Ann. Méd. Psych.*, 1890, tome 12, p. 190.
- DARDER et DURAN. — La négativation de la réaction de Wassermann dans le liquide céphalo-rachidien. — *Revista de Psiquiatria del Uruguay*, mars 1929.
- DESPORT. — Syndrome paralytique sans réactions humorales. — *Soc. Clin. Méd. Ment.*, 1924, t. II, p. 57.
- DEVAY. — Mélancolie chez les syphilitiques. — Congrès de Bordeaux, 1895.
- DIDE et GUIRAUD. — Psychiatrie du Médecin praticien, Paris, 1921.
- DROUET. — La méningite aiguë syphilitique. — Thèse de Paris 1904.
- DUBOURDIEU. — Contribution à l'étude des délires de persécution symptomatiques. — Thèse de Bordeaux, 1909.
- DUCOSTÉ. — Les hallucinations dans la paralysie générale. — *Encéphale*, 1907, t. I, p. 158.
- H. DUFOUR. — Etiologie syphilitique de la sclérose en plaques. — *Bulletin de la Soc. Méd. des Hôpitaux*, 16 mai 1932.

- R. DUPOUY. — Syndrome paralytique avec conscience et tentative de suicide. Absence d'albumine pathologique et de lymphocytose dans le liquide céphalo-rachidien. — *Soc. de Psych.*, 23 janvier 1913.
- R. DUPOUY, A. COURTOIS et J. DUBLINEAU. — Syndrome méningé humoral au cours d'une confusion mentale fébrile. — *Soc. Clin. Méd. Ment.*, 1930, p. 6.
- R. DUPOUY et PICHARD. — Syndrome hallucinatoire post-encéphalitique. — *Soc. Méd. Psych.*, 21 mai 1931 ; *A.M.P.* 1931, p. 476.
- ERLENMEYER. — Die luetischen Psychosen, 1877.
- ESMACH et JESSEN. — Syphilis und Geistesstörungen. — *Allg. Zeitsch. für Psych.*, 1857.
- FABRITIUS. — Zur Klinik der Nichtparalytischen Luespsychosen. — *Abh. aus der Neurol. und Psych.*, Berlin, 1924.
- FALRET. — Etudes cliniques sur les maladies mentales, Paris, 1890.
- J. FINCKH. — Les symptômes psychiques de la syphilis. — Congrès des naturalistes et médecins allemands, 21 septembre 1906. — *Monatsschr. für Psychiat.*, XXI, t. I, 1907.
- A. FOURNIER. — La syphilis du cerveau, Paris, 1879.
- GELMA et LERAT. — Un cas d'hallucinations psychomotrices chez une paralytique générale. — *Revue de Psych.*, octobre 1908.
- S. GEORGOPOULOS. — Contribution à l'étude de l'étiologie de l'épilepsie dite essentielle. Rôle de la syphilis et des autres facteurs étiologiques. — Thèse de Lyon, 1918.
- GERSTMANN. — Au sujet de la transformation du tableau clinique de la paralysie générale en une forme hallucinatoire-paranoïde à la suite du traitement par inoculation de la malaria. — *Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, sept. 1926.

- P. GUIRAUD. — Polymorphisme de la syphilis encéphalique.
— *Ann. Méd. Psych.*, 1925, t. II, p. 260.
— Sclérose en plaques et psychose hallucinatoire chronique. — *Soc. Clin. Méd. Ment.*, 21 mars 1927.
- P. GUIRAUD et X. ABELY. — Sclérose en plaques avec psychose hallucinatoire et lésions cérébrales. — *Soc. Méd. Psych.*, 10 mars 1932.
- P. GUIRAUD et Mlle Yv. LE CANNU. — Symptômes primitifs et secondaires de la psychose hallucinatoire chronique (à propos de la guérison d'une psychose d'apparence chronique). — *Soc. Méd. Psych.*, 25 nov. 1929.
- HAAGON LAETHRE. — Troubles psychiques dans la sclérose en plaques. — *Acta psychiatrica et neurologica*, 1932, t. VII, p. 510.
- HAGELSTEIN. — De la folie para-syphilitique. — Thèse de Nancy, 1894.
- J. HAMEL, J. COURTIER et J. PASSEBOIS. — Les rapports de la psychose hallucinatoire chronique et de la syphilis du cerveau. — XI^e Congrès belge de Neurologie et de Psychiatrie, Gand, 24 sept. 1932.
- J. HAMEL et DROUET. — L'hérédosyphilis mentale, 1930.
- J. HAMEL et LOPEZ ALBO. — Du rôle de l'hérédosyphilis dans l'étiologie des maladies mentales. — Rapport du 33^e Congrès des Médecins Aliénistes, Barcelone 1929.
- HANNARD. — Contribution à l'étude des délires systématisés chroniques. — Thèse de Lille, 1911.
- HEUBNER. — Über die Hirnerkrankung der Syphilitischen. — *Arch. der Heilkunde*.
- HEUYER et LACAN. — Paralyse générale avec syndrome d'automatisme mental. — *Soc. Psych.*, Paris, 20 juin 1929.
- HEUYER et LE GUILLAN. — Automatisme mental et syphilis. — *Soc. de Psych.* de Paris, 20 décembre 1928.

- HILDENBRANDT. — De la syphilis dans ses rapports avec l'aliénation mentale. — Thèse de Strasbourg, 1859.
- D'HOLLANDER. — Syphilis cérébrale et paralysies générales atypiques. — *Soc. Belge de Méd. Ment.*, 25 fév. 1928.
- G. HORRAX et TRACY JACKSON PUTMAN. — Hallucinations produites par les tumeurs. — *Brain*, décembre 1932.
- H. HUREYER. — Résultats de l'examen du sang et du liquide céphalo-rachidien dans les affections syphilitiques de l'encéphale et de la moëlle. — *Monatschrift für Psychiatrie und Neurologie*, juillet 1920.
- JACQUIN. — Quelques manifestations mentales de la syphilis secondaire: les syphilo-psychoses. — Thèse de Lyon, 1899.
- JALLET. — Contribution à l'étude des troubles psychiques au cours des périodes secondaire et secondotertiaire de la syphilis. — Thèse de Paris, 1912.
- JASIENSKY. — Contribution à l'étude des troubles psychiques au cours du tabès. — Thèse de Lyon, 1930.
- JOFFROY et R. MIGNOT. — Les symptômes psychiques de second ordre dans la paralysie générale. — *Revue de Psychiatrie*, juin 1909.
- JOLIVET. — Des réactions méningées observables au cours de la syphilis. — Thèse de Paris, 1912.
- JOLLY. — Syphilis und Geisteskrankheiten. — *Berl. Klin. Wochens.*, 1901.
- P. KAHN et MERCIER. — Un cas de démence paralytique ou syphilitique sans lymphocytose céphalo-rachidienne. — *Soc. de Psych.*, 24 oct. 1912.
- KLIPPEL et LÉVY DARRAS. — Tabès et mégalomanie. — *Soc. Méd. Psych.*, 25 nov. 1912.
- P. KOWALEWSKY. — Geistesstörungen bei Syphilis. — *Allg. Zeitssch. für Psych.*, 1895.

- KRAUSE. — Uber syphilitische Psychosen. — *Monatsch. f. Psycho. und Neuro.*, 1899.
- G.-R. LAFORA. — El mecanismo genetico de la allucianes. — *Archivos de Neurologia*, t. VI.
- LAIGNEL-LAVASTINE et A. BARBÉ. — Etude anatomoclinique d'une démente précoce syphilitique. — *Soc. de Psychiatrie*, 18 déc. 1913.
- LAIGNEL-LAVASTINE et P. KAHN. — Syphilis du névraxe avec délire systématisé. — *Soc. de Psychiâtrie*, 19 février 1925.
- J. LALANNE. — L'interprétation délirante. — Thèse de Nancy, 1933.
- M. LANNOIS. — Troubles psychiques dans un cas de sclérose en plaques. — *Revue de Neurologie*, 1905, N° 17.
- LEGRAIN. — Délire systématique avec hallucinations chez un paralytique général. — *Soc. Clin. de Méd. Ment.*, 21 novembre 1910.
- LEGRAND DU SAULLE. — Le délire de persécution. — Plon, 1871.
- L. LE GUILLANT. — Syndrome hallucinatoire avec délire de persécution chez un paralytique général. — *Soc. de Psych. de Paris*, 20 juin 1929.
- A. LERI. — Les troubles mentaux du tabès. — *Encéphale*, 1913, t. II.
- LEROY, MEDAKOWITCH et MASQUIN. — Paralytique générale traitée par malaria, atteinte de délire de négation. — *Soc. Méd. Psych.*, 15 décembre 1930.
- LEROY et MEDAKOWITCH. — Les délires chez les paralytiques généraux traités par malariathérapie. — *Soc. Méd. Psych.*, 29 avril 1931.
- LEROY, MEDAKOWITCH et MONIER. — Etiologie des délires secondaires chez les paralytiques généraux après impaludation. — *Soc. Méd. Psych.*, 27 juillet 1931.

- J. LHERMITTE et HALBERSTADT. — Troubles mentaux dans la sclérose en plaques. — *Soc. Méd. Psych.*, 26 février 1906.
- J. LHERMITTE et Mlle Gabrielle LÉVY. — Hallucinoze consécutive à un ictus. — *Soc. Neur.*, 5 janvier 1933.
- LUYS. — Maladies mentales, 1881.
- LWOFF et TARGOWLA. — Délire systématisé post-onirique chez un paralytique général tabétique. — *Soc. Clin. Méd. Ment.*, 1921-2.
- G. MAILLARD et LE MAUX. — Troubles psychiques: syndrome d'hypertension intra-crânienne. — *Soc. de Psych.*, 15 février 1912. — *Encéphale*, 1912, t. I, p. 281.
- MARANDON DE MONTYEL. — Des persécutés génitaux à idées de grandeur. — *Ann. Méd. Psych.*, 1890, t. XI, p. 198.
- MARCHAND. — Les encéphalites psychosiques. — XXXVII^e Congrès des Neurologistes de France et des pays de langue française, Rabat, avril 1933.
— Du rôle étiologique de la syphilis dans les psychoses. — *Revue de Psych.*, 1905.
- MARCHAND et BAUER. — Du rôle de la syphilis dans l'épilepsie dite essentielle. — *Paris Médical*, 15 octobre 1927.
- MARCHAND et CARRETTE. — Délire de persécution et tabès. — *Soc. Clin. de Méd. Ment.*, 17 février 1930.
- H. MARCUS. — Les psychoses syphilitiques aiguës. — *Soc. Neur.*, 9-10 juillet 1920.
- M. MARKALOUS. — Sclérose en plaques chez une syphilitique ou syphilis nerveuse du type de sclérose en plaques. — *Soc. de Neurologie de Prague*, 9 mars 1932 ; *R. N.*, 1933, t. II, p. 185.
- MARIE. — A propos des délires paranoïdes secondaires à la malarithérapie chez les paralytiques généraux. — *Soc. Méd. Psych.*, 26 oct. 1931.

- Manifestations mentales du début de la syphilis. — *Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, 18 février 1910 ; *Bulletin* N° 4, p. 117.
- MARIE et BECHTEREW. — Les affections mentales d'origine syphilitique et parasymphilitique. — XVII^e Congrès international de Médecine, Londres, 6-12 août 1913.
- MARIE et EY. — Les syndromes démentiels de l'hérédosyphilis. — *Bulletin de la Soc. Clin. Méd. Ment.*, 1930, I, p. 28.
- MARIE, LEVET et COURBON. — Influence des lésions cérébrales sur l'orientation des hallucinations. — *Ann. Méd. Psych.*, 1910, t. II, p. 461.
- MARTINEZ. — Troubles hallucinatoires et délirants au cours de l'évolution de quelques paralytiques généraux impaludés. — *Revista argentino de Neurologia, psiquiatria y Medicina legal*, Buenos-Aires, nov.-déc. 1930.
- Ch. MASSANT. — Paralyse générale et psychose syphilitique. — *Soc. de Méd. Mentale*, 30 mai 1931.
- O. MEYER. — Beitrag der nichtparalytischen Psychosen bei Tabes. — *Monatsch. für Psych. und Neurol.*, 1903.
- MIRIEL. — Méningites syphilitiques aiguës. — Thèse de Paris, 1910.
- MONTASSUT. — La constitution paranoïaque. — Thèse de Paris, 1924.
- G. DE MORSIER. — L'importance des troubles postencéphaliques pour la pathogénèse des psychoses. — Assemblée commune de la Société Suisse de Psychiâtrie et de Neurologie, Lausanne, 6 déc. 1930.
— Le mécanisme des hallucinations. — *Ann. Méd. Psych.*, 1930, p. 365.
- R. MOURGUE. — Etude critique sur l'évolution des idées relatives à la nature des hallucinations. — Thèse de Paris 1919,

- MYSLIVECEK. — Contribution à l'étude des hallucinations. — *Revue Neurologique tchèque*, 1929, N° 4-6.
- NATHAN et MAURICE. — Un cas de paralysie générale ayant débuté par un délire de possession. — *Soc. de Psych.*; 28 avril 1927. — *Encéphale*, 1927, p. 372.
- S. NICOLAU. — Etude clinique du liquide céphalo-rachidien dans la période secondaire de la syphilis. — *Spitalul*, 1919.
- NORDMANN et BARTHÉLEMY. — Scléroses en plaques et syphilis. — *Soc. Sc. Méd. de Saint-Etienne*, 18 février 1925.
- Max NONNE. — Syphilis et système nerveux. — S. Karger, Berlin, 1909.
- P. NYSSSEN. — Les formes hallucinatoires et paranoïdes de la paralysie générale traitée par la malaria. — *Soc. Belge de Neurologie*. Séance du 28 novembre 1925.
- OBREGIA. — Sur les hallucinations dans la phase paranoïde de la paralysie générale. — *Société de Biologie*, 16 mars 1923.
- OLIVIERI. — Troubles mentaux chez l'adulte dans l'encéphalite épidémique. — *Soc. Belge de Méd. Mentale*, 28 avril 1928.
- PACTET et COURJON. — Délire de persécution chez un dégénéré. Apparition tardive d'un syndrome paralytique. — *Soc. Clin. Méd. Ment.*, 16 novembre 1908.
- PAGLIARI (Mario). — Réaction de Wassermann positive dans un cas de méningite tuberculeuse. — *Il policlínico sezione pratica*, 12 avril 1919.
- V. PARANT. — Syphilis et folie. — *Ann. Méd. Psych.*, 1888, t. III, p. 411.
- L. PARANT. — Le diagnostic des syndromes paralytiques chez les syphilitiques en dehors de la paralysie générale. Limitation du domaine de cette maladie. — Thèse de Toulouse, 1921.

- PASCAL (Mlle). — Formes atypiques de la paralysie générale. — Thèse de Paris, 1906.
- PLAUT. — Die luetischen Geistesstörungen. — *Gaupps. Centralblatt*, 1909.
— Über Halluzinosen der Syphilitiken. — *Monographien aus dem Ges. der Neurol. und Psych*, 1913.
- PAULIAN et BISTRICEANU. — La malarithérapie et les lésions cérébrales dans la paralysie générale. — *Revue de Neur.*, 1931, t. II, p. 293.
- RAVAUT. — Etude cytologique du liquide céphalo-rachidien des syphilitiques. — *Ann. de Derm. et de Syphiligraphie*, janvier 1903.
- RAVAUT et LAIGNEL-LAVASTINE. — Les variations de l'albumine du liquide céphalo-rachidien dans les psychoses. — *Soc. Méd. des Hôpit.*, 30 juillet 1920.
- REGIS. — Précis de psychiatrie, 1923.
- M. REVAULT D'ALLONNES. — L'hallucination. — *Ann. Méd. Psych.*, 1926, t. I, p. 43.
- RIETI. — Contribution à l'étude des hallucinoses syphilitiques. — VIII^e Congrès de la Société Italienne de Neurologie, 1931.
- L. RIMBAUD. — Précis de neurologie, 1933. — G. Doin et C^o.
- B. RODRIGUEZ-ARIAS. — La globulinoase et les réactions colloïdales du liquide céphalo-rachidien dans le diagnostic de la parasyphilis. — *Arch. de Neurobiologie*, 1921, t. II, p. 156.
- G. ROLLET. — Sclérose en plaques et syphilis. — Thèse de Lyon, déc. 1925.
- B.-J. ROUDNEFF. — De la paralysie générale paranoïde. — *Moniteur Neurologique (Russe)*, 1912.
- H. ROXO (de Rio-de-Janeiro). — Le traitement des délires systématisés hallucinatoires. — *Encéphale*, 1931, t. I, p. 219.

- G. RUATA. — Sur la pathogénèse de quelques formes de syphilis nerveuse. — *Note e Revista de psichiatria*, 1921.
- SALOMON. — Sclérose en plaques avec syndrome Bravais-Jacksonien. Troubles psychiques. — *Soc. Clin. de Méd. Mentale*, 17 février 1913.
- L.⁴R. SANGUINETTI. — Les allures cliniques de la syphilis et les formes de paralysie générale consécutives. — Thèse de Paris, 1917.
- SANTENOISE, CODET et ABELY. — Coexistence d'hallucinations sensorielles et psychiques. — *Soc. Clin. Méd. Ment.*, 1924, t. IV.
- P. SCHIFF et COURTOIS. — Encéphalite à forme hallucinatoire. — *Société de Psychologie*, 15 mars 1928.
- J. SCHOENNAGEL. — Contribution à l'étude des psychoses syphilitiques. Etats d'excitation et syphilis. — Thèse de Nancy, 1930.
- J. SEGLAS. — Méningo-encéphalite syphilitique. — *Encéphale*, 1909, t. II, p. 330.
- J. SEGLAS et Ch. VALLON. — Tabès et délire de persécution. — *Soc. Méd. Psych.*, 30 novembre 1908.
- SENGÈS. — Syphilis du névraxe et psychose hallucinatoire. — *Soc. Clin. Méd. Mentale*, 19 novembre 1928.
- M.-G. SEPICH. — Neuro-syphilis à forme de sclérose en plaques. Etude clinique et histo-pathologique. — *Revista de la Asociacion Medica Argentina*, mai 1929.
- P. SÉRIEUX et R. MIGNOT. — Hallucinations de l'ouïe alternant avec des accès de surdité verbale et d'aphasie sensorielle chez un paralytique général. Lésions circonscrites de méningo-encéphalite. — *Soc de Neurologie de Paris*, 17 avril 1902.

- S. SERIN. — Contribution à l'étude des formes paranoïdes de la paralysie générale. — Thèse de Paris, 1926.
- H. SEZARY, A. BARBÉ et G. LÉVY. — Réaction de Wassermann positive, anomalie isolée du liquide céphalo-rachidien. — *Soc. Méd. des Hôpit. de Paris*, 20 juillet 1931 ; *Bulletin*, p. 1368.
- SICARD et LÉVY-VALENSI. — Syphilis latente. — *Presse Médicale*, 20 juillet 1916.
- P. SPILLMANN. — In thèse Hagelstein. Nancy, 1894.
- SRINGLOVA (Mlle). — Sur les relations des réactions humorales avec la clinique de la paralysie générale traitée par malaria. — *Soc. Psycho-Neurologique*, Prague, 7 nov. 1928.
- R. TARGOWLA. — Le syndrome humoral de la paralysie générale. Ses modalités. Sa valeur sémiologique. — Thèse de Paris, 1922.
— Délire d'influence dans deux cas de tumeur cérébrale. — *Encéphale*, 1920, t. I, p. 377.
— Les psychoses syphilitiques. — *Ann. de Méd.*, t. XIV, N° 3 et 4, septembre-octobre 1923.
- R. TARGOWLA et J. DUBLINEAU. — Sur une modalité du stade présymptomatique de la paralysie générale. — *Soc. de Psych. de Paris*, 24 janv. 1929.
- R. TARGOWLA et RUBENOWITCH. — Forme paranoïde de la paralysie générale. — *Soc. Clin. Méd. Ment.*, 20 janvier 1930.
- R. TARGOWLA et Mlle SERIN. — Syphilis nerveuse latente et délire systématisé chronique avec poussées évolutives, interprétations et hallucinations suivies de tentative de suicide. — *Soc. de Psych. de Paris*, 17 février 1927.
- TEISSIER et ROUX. — Essai de diagnostic différentiel entre la syphilis artérielle, la syphilis méningée et la syphilis gommeuse de l'encéphale. — *Revue de Neurologie*, 1898.

TINEL. — Syndrome hallucinatoire de persécution et d'influence. Guérison par traitement salicylé et arsenical. — *Enc.*, 1929, p. 79.

TINEL et BARUK. — Syndromes épileptique et parkinsonien réalisés progressivement par une tumeur cérébrale. Hallucinations auditives et psychiques. — *Soc. Méd. Psych.*, 12 février 1931.

TINEL et Mme MICHON. — Bouffée hallucinatoire chez une parkinsonienne encéphalitique. — *Soc. de Psych. de Paris*, 20 nov. 1930.

TRÉNEL et VILLAUME. — Syndrome paralytique avec réaction de Bordet-Wassermann négative dans le liquide céphalo-rachidien. — *Bulletin de la Soc. Clin. de Méd. Mentale*, 1924, t. 8, p. 193.

V. TRUELLE. — Les troubles mentaux dans le tabès. — *Ann. Méd. Psych.*, 1910, t. I, p. 18.

V. TRUELLE et CAZALIS. — Contribution à l'étude des délires chez les paralytiques généraux après impaludation. — *Soc. Méd. Psych.*, 22 février 1932.

UHLMANN. — Les états psychopathiques chez les syphilitiques. — Thèse de Paris, 1914.

URECHIA. — Considérations sur les psychoses tabétiques. — *Revue de Neurologie*, 1932, t. II, p. 477.

VASCHIDE et VURPAS. — Données anatomiques et expérimentales sur la structure des hallucinations. — *Journal de Neurologie*, Bruxelles, N° 5, 1901.

VERMEYLEN. — Les modifications psychiques des paralytiques généraux malarisés. — Congrès des Aliénistes et Neurologistes des pays de langue française. XXX^e session. Genève-Lausanne, août 1926.

— Délire hallucinatoire chez un paralytique général. — *Journal Belge de Neurologie et de Psychiatrie*, juillet 1926.

- J. VIÉ. — Comment concevoir actuellement l'organique et le fonctionnel en Neuro-psychiâtrie. — *Hygiène Mentale*, 1934, N° 3.
- M. DE VOS. — Syndrome paranôïde au cours d'une rémission post-malarique. — *Soc. de Méd. Ment. de Belgique*, 30 mai 1931.
- VURPAS, TRETIAKOFF et IORGOULESCO. — Lésion cavitaire de la base du cerveau et méningo-encéphalite subaiguë dans un cas de délire hallucinatoire. — *Revue de Neurologie*, 1922, p. 1329.
- WILLE. — Die syphilitischen Psychosen. — *Allg. Zeitsch. f. Psych.*, 1872.
- WIMMER. — Les troubles mentaux précurseurs de l'encéphalite épidémique chronique. — *Ann. Méd. Psych.*, 1925, t. I, p. 306.
— Nichtsyphilitische Geisteskrankheiten bei Syphilitikern. — *Zeitsch. f. die ges. Neurol. u. Psych.*, 1918.
- ZIEHEN. — Psychische Begleiterscheinungen der Hirnsyphilis. — *Deutsche Méd. Wochenschrift*, 1903.
-

Table des Matières

AVANT-PROPOS.	5
CHAP. I. — Etude documentaire des psychoses syphilitiques.	9
CHAP. II. — Etats hallucinatoires et syphilis.	15
Le diagnostic de psychose syphilitique.	17
Classification des affections mentales syphilitiques.	19
La forme hallucinoïde	21
CHAP. III. — Les syphilopsychoses hallucinatoires.	23
a) Psych. Hall. Syph. sans signe d'atteinte cérébro-méningée.	25
b) P. H. S. avec signes transitoires d'atteinte cérébro-méningée.	38
c) P. H. S. avec signes permanents d'atteinte cérébro-méningée.	52
CHAP. IV. — Les états hallucinatoires des syphilis nerveuses.	71
a) La forme hallucinoïde de la syphilis cérébrale.	73
b) Les psychoses tabétiques	80
c) Les formes paranoïdes de la paralysie générale	88
CHAP. V. — Réactions humorales atypiques.	113
I. — Paralysie générale sans réactions humorales.	117
II. — Psychoses hallucinatoires avec réactions humorales.	120
a) Symptomatiques d'une affection organique.	120
b) Essentielles: psychose hallucinoïde chronique.	121
CHAP. VI. — Discussion	131
Conclusions.	135
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE	139



Vu le :

Nancy, le 27 Mars 1935

Le Président de thèse,

L. SPILLMANN.

Vu et approuvé :

Nancy, le 27 Mars 1935

Le Doyen de la Faculté de Médecine,

L. SPILLMANN.

Vu et permis d'imprimer :

Nancy, le 28 Mars 1935

Le Recteur de l'Académie,

BRUNTZ,

Président du Conseil de l'Université.

